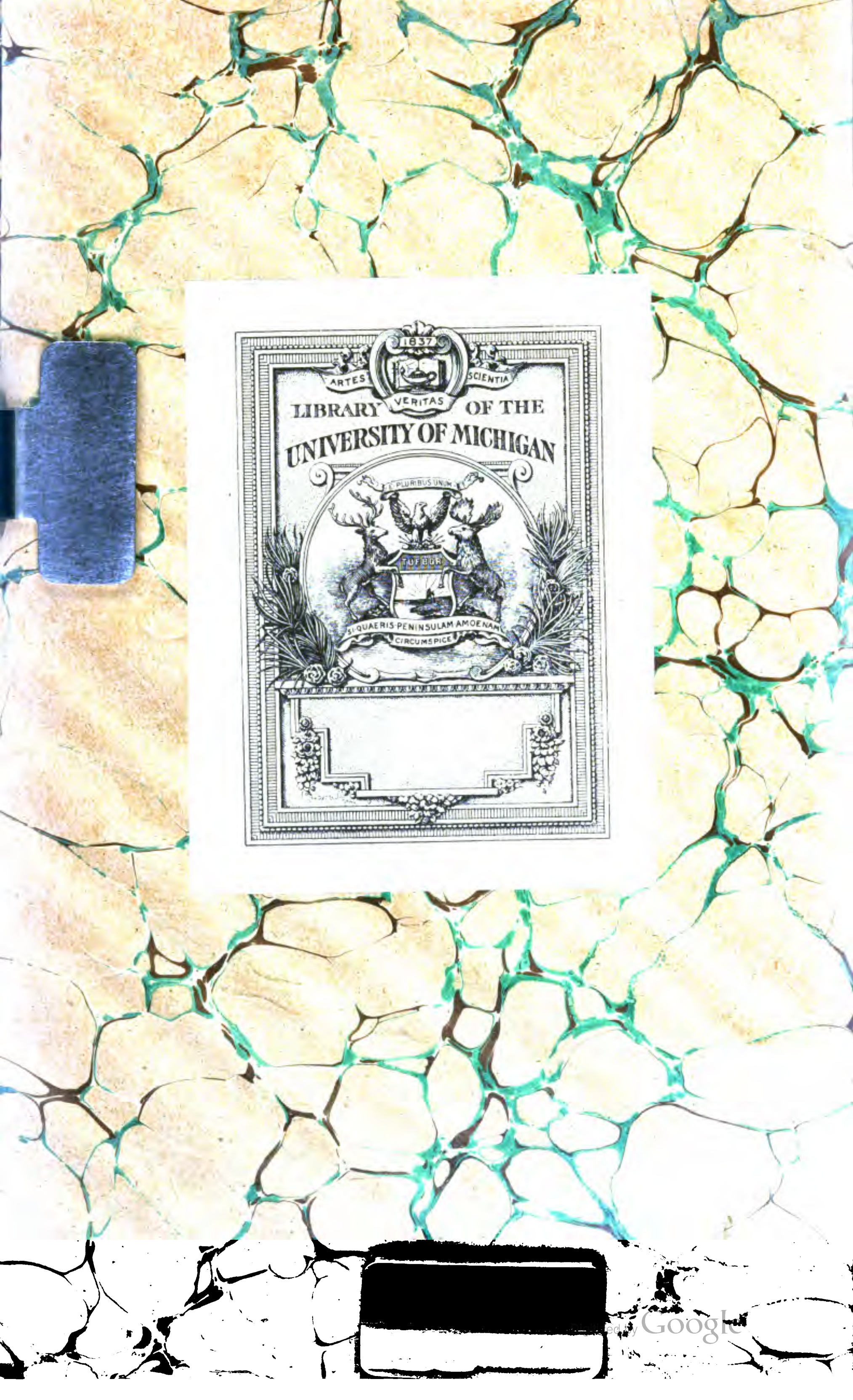

B 3 9015 00207 782 7
University of Michigan – BUHR
Digitized by Google


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
Google



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

PARIS. — IMPRIMERIE V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1881

PAR

BOURNEVILLE

MÉDECIN DE BICÊTRE

BONNAIRE (E.) & WUILLAMIÉ

INTERNES DU SERVICE.

Tome II

PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
6, rue des Écoles, 6.

A. DELAHAYE & E. LECROSNIER
ÉDITEURS
Place de l'École de Médecine.

1882

PREMIÈRE PARTIE

Historique. — Statistique.

Histoire du service pendant l'année 1881.

I.

SITUATION DU SERVICE. — AMÉLIORATIONS DIVERSES.

Dans notre *Compte rendu de l'année* 1880, nous avons tracé la description du *service des épileptiques adultes et des enfants idiots, arriérés, infirmes et épileptiques*, et nous avons énuméré les améliorations réalisées dans le cours de cette année.

Tout en poursuivant l'étude d'un projet de construction d'une section consacrée spécialement aux enfants nous avons demandé et obtenu de nouvelles améliorations, soit dans l'aménagement des salles, soit dans l'organisation générale du service. Nous allons les indiquer sommairement.

Infirmerie des enfants. — Nous avons dit qu'elle occupait la plus grande partie du premier étage du bâtiment dit de *la Force* ; — qu'elle était divisée par une simple cloison vitrée en deux salles inégales ; — que ces salles recevaient non seulement les enfants de tout âge, atteints de maladies aiguës, intercurrentes, mais encore les enfants gâteux, infirmes et valides ; — nous avons exposé qu'en créant la *Petite école*, destinée aux enfants idiots gâteux et valides, nous étions parvenu à rendre libre, durant le jour, l'une de ces salles ; mais que, pendant la nuit, l'encombrement et le mélange de ces

diverses catégories d'enfants étaient toujours les mêmes. L'autre salle sert toujours d'*infirmerie*, recevant et les maladies ordinaires et les maladies contagieuses, de *salle de réunion* et de *réfectoire* pour les idiots gâteux et invalides. Si les administrateurs cherchaient à se rendre compte directement de la situation des hôpitaux, une visite faite le matin, à l'heure du lever, dans cette salle, les aurait amenés depuis longtemps à opérer la réforme radicale que nous avons réclamée, et ils s'empresseraient d'en hâter la réalisation. N'est-ce pas sur eux que retombe la responsabilité de la propagation des maladies contagieuses qui se développent dans le service ? Et il ne s'agit pas là d'une assertion vaine, la relation de l'*épidémie de rougeole*, qu'on trouvera plus loin, en montrera la trop réelle exactitude (1).

Dans le but d'atténuer encore les graves conséquences de l'encombrement, nous avons demandé que le plafond à poutres apparentes, dont les intervalles étaient des réceptables permanents de poussières de toutes sortes, fut transformé en plafond plein (2). Cette opération a été exécutée. De plus, nous avons fait acheter des tuyaux de caoutchouc, semblables à ceux qui servent à l'arrosage des rues et des jardins, ce qui nous a permis d'exiger un lessivage hebdomadaire complet de ces deux salles. Les fumigations aromatiques et les aspersions de solutions phéniquées, faites chaque jour, l'ouverture des fenêtres, autant que le permettent et la

(1) Le même travail a été effectué dans les salles du second étage (infirmerie des adultes et dortoir des adultes gâteux).

(2) Elle sera encore mise en relief par l'histoire de l'*épidémie de diphthérie* qui a commencé à la fin de décembre 1881 et s'est développée en 1882. Pour faire face au surcroit de travail, dû à l'épidémie de rougeole, nous avons demandé une infirmière supplémentaire ; ce n'est que le *sixième jour*, après plusieurs réclamations, que nous avons enfin reçu satisfaction. Bicêtre étant relié au chef-lieu de l'Assistance par un fil télégraphique, nous espérions avoir une réponse le jour même. On voit que le télégraphe n'a pas supprimé les lenteurs administratives. Ce fait, disons-le en passant, montre combien sont limitées les prérogatives des directeurs des établissements hospitaliers qui, en cas d'urgence, n'ont pas la faculté de prendre une infirmière de plus. — L'Administration nous a en outre accordé une infirmière (août).

saison et le changement du linge des enfants, ont diminué, mais non fait disparaître l'infection et l'insalubrité de cette « infirmerie ».

Lavabos. — En 1880, il avait été procédé à l'organisation d'un service de propreté pour le traitement du gâtisme ; c'était un annexe de la petite école. Nous avons obtenu non seulement la substitution de lavabos à cuvettes distinctes, à l'auge dont nous avons parlé l'an dernier (1), mais encore l'installation de lavabos dans toutes les salles du service. Grâce à cette amélioration, nous avons vu diminuer le nombre des ophthalmies (2).

Ecole. — L'instituteur que nous avions trouvé à notre arrivée dans le service et dont nous n'avions pu réveiller le zèle ni faire entrer dans nos vues, a été mis à la retraite et remplacé par M. Boutillier (7 octobre). Les tables de l'école, semblables aux tables des réfectoires, ont été changées pour des tables scolaires (3). Nous avons fait acheter la collection des tableaux de Dayrolle, afin de mettre l'instituteur en mesure de procéder convenablement à l'enseignement par les leçons de choses.

Petite école.—Le matériel a été amélioré et constitué de manière à faire surtout l'éducation de la main et des yeux. Le personnel a été augmenté d'une infirmière. Mlle B. Agnus a été élevée au grade de sous-surveillante et Mlle J. Agnus au grade de suppléante (4). Nous n'avons eu qu'à nous louer de leur dévouement, de leur zèle à contribuer au relèvement de malheureux enfants dégradés et gâteux.

---

(1) Bourneville et d'Ollier. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie* et l'*idiotie*; compte-rendu du service pour 1880, p. XXV.

(2) Avant les travaux, c'est-à-dire vers la fin de janvier 1881, trente enfants ont eu des opthalmies diverses.

(3) Ces tables sont faites pour deux enfants seulement et le banc est un peu plus écarté de la table que dans les tables scolaires ordinaires, afin de permettre d'enlever plus aisément les enfants *en accès*.

(4) Conformément à un vote du Conseil municipal.

Le 1er janvier la petite école comptait 46 enfants ; le 31 décembre, il y en avait 62. A la fin de l'année, 52 prenaient part aux exercices de la gymnastique Pichery et 10 d'entre eux allaient, de plus, à la grande gymnastique ; 32 se servaient de la cuiller ; 20 de la cuiller et de la fourchette ; 16 de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 46 étaient en pantalon ; 16 en robes de gâteux. De tels résultats se passent de commentaires.

Revaccination. — 48 malades ont été vaccinés ou revaccinés au mois d'avril.

Bains, hydrothérapie. — Il a été donné, en 1881, 5318 bains simples ou salés, 192 bains sulfureux, 17438 douches.

Service dentaire. — Ce service, confié à M. le Dr Duret, a fonctionné régulièrement durant toute l'année.

Enseignement professionnel. — Il a été aussi défectueux que par le passé. Les enfants sont envoyés ou dans un petit atelier de menuiserie, et confiés à des vieillards qui n'ont ni la patience ni l'autorité nécessaires pour instruire ces enfants, ou dans les ateliers de la maison, mêlés aux vieillards, aux aliénés, etc., et dont les chefs d'atelier ne peuvent s'en occuper sérieusement. Ils n'apprennent que peu de choses, au point de vue professionnel et, la surveillance laissant à désirer, ils en profitent pour contracter de mauvaises habitudes. Ajoutons que, plusieurs fois, les matières premières ont manqué et que le travail a dû être suspendu. 24 seulement suivent cet enseignement ; ils se répartissent ainsi : 6 menuisiers, 5 serruriers, 3 tonneliers, 6 cordonniers, 3 tailleurs et un rempailleur de chaises.

Promenades, distractions, congés, visites. — Les promenades ont été multipliées et pour les enfants et pour les épileptiques adultes débiles. Outre les promenades soit dans les cours ou les jardins de l'hospice, ou aux environs, il y a eu de grandes promenades à la place de la Nation, au bois de Vincennes, dans les bois de Robinson, au Jardin d'acclimatation (1), au parc de

(1) Nous devons, à ce sujet, remercier MM. Geoffroy Saint-Hilaire, directeur du Jardin d'acclimatation et M. le Dr Yves Ménard, sous-directeur, de la gracieuseté avec laquelle ils ont mis des cartes à notre disposition pour les enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière.



Montsouris, etc. Aucune de ces promenades n'a été troublée par des accidents.

Des visites ont été faites dans diverses usines des environs. 23 enfants ont assisté à la distribution des prix de l'Ecole communale du Kremlin. Notons encore une séance de prestidigitation, des soirées de lanterne magique, la matinée dramatique organisée avec tant d'intelligence et de cœur par les frères Lionnet, etc.

Les *adultes* ont reçu 2979 visites ; les *enfants* 3527 ; le nombre des visiteurs a été de 9242. Il y a eu 475 permissions de sortie de 24 ou 48 heures pour les adultes et 540 pour les enfants. Dix malades ont eu des congés variant de 8 jours à un mois (1).

Améliorations diverses.—Peinture du service de propreté, nécessitée par le noircissement des murs dû à la vidange d'une fosse voisine ; — achat d'un matelas en caoutchouc, à air ; — modification des chemises et des camisoles ; — création d'une place de barbier ; — remplacement de l'*infirmier veilleur* de l'infirmerie des enfants par *deux infirmières veilleuses* ;— réorganisation de l'orphéon des adultes (2), etc.

Enfin, au lieu de laisser abandonnés plus ou moins à eux-mêmes les enfants qui, à 18 ans, passent aux adultes, nous avons obtenu qu'ils continuassent à fréquenter l'école le matin et à les faire travailler aux jardins ou à la buanderie, ou dans les ateliers, durant l'après-midi.

Photographies, moulages. —Nous avons continué à faire photographier tous les malades entrants et ceux des anciens qui, dans le cours de l'année, ont subi des modifications intéressantes soit en bien, soit en mal. De plus, nous faisons prendre le moulage de la tête de tous nos malades décédés. Enfin nous consevons, autant que possible, notamment en cas de non-réclamation,

(1) Les congés sont de 8 jours et renouvelables.

(2) Arrêté de M. le Directeur de l'Assistance publique en date du 4 novembre 1881.

soit la calotte crânienne, soit même toute la tête. Ces différentes collections viennent compléter nos observations cliniques. En communiquant une observation, que l'on trouvera plus loin (p. 27), à la Société anatomique, l'un de mes internes, M. Wuillamié et moi, avons montré non seulement le cerveau et la calotte crânienne, — il s'agissait d'un cas de *microcéphalie*, — mais encore les photographies prises antérieurement à la mort et le buste en plâtre du malade, pris après le décès : l'ensemble de ces documents a paru attirer assez vivement l'attention de la *Société*.

Nous avions pensé que nous pourrions recourir à l'atelier de la Salpêtrière pour les photographies et les moulages, et établir une sorte de connexité intime entre les deux établissements qui se complètent, et nous croyions que le musée de la Salpêtrière pourrait être commun. Malheureusement, l'expérience n'a pas confirmé nos prévisions et nous avons dû chercher dans le personnel de Bicêtre des hommes de bonne volonté. Nous les avons rencontrés dans le chef de l'atelier de tonnellerie, M. Hubert, qui s'est chargé de la *photographie* et dans l'un des sous-surveillants, M. Hurel, qui s'est chargé du *moulage*.

Syphilis; *pédérastie*. En reprenant notre service au commencement du mois d'octobre, nous avons appris que quelques jours auparavant (27 septembre), l'un des infirmiers du service, qu'il avait quitté depuis 9 jours pour entrer à la Pitié, venait d'être arrêté parce qu'il s'était rendu coupable d'attentats aux mœurs sur plusieurs de nos jeunes malades. Nous constations le même jour que l'une de ses victimes, Legr... Etienne, était atteint de *syphilis*. Nous avons alors interrogé tous les enfants, et voici brièvement le résumé de notre enquête :

1° Perr., Henry, 15 ans; *Epilepsie idiopathique*. Tentatives de rapports le 12 juillet; il n'y aurait pas eu pénétration; l'éjaculation aurait eu lieu sur les cuisses. Pendant l'acte, masturbation. Aucun accident. D... connaissait les parents de cet enfant, qui est intelligent et aurait pu, s'il l'avait voulu, donner des renseignements.

2° Legr. Etienne, 16 ans 1/2 : *Epilepsie idiopathique*, avoue

avoir eu, au dortoir, deux fois des rapports avec l'infirmier Dom. la dernière huitaine du mois d'août : *syphilis* ; l'intelligence est conservée.

3° Gauth., H. Georges, 15 ans : *Epilepsie jacksonnienne; onanisme*. Il raconte que l'infirmier Dom. l'a fait monter un jeudi (8 septembre) au dortoir et s'est livré sur lui à des actes de pédérastie qui se seraient renouvelés trois jeudis de suite. Durant l'acte, D. le masturbait juqu'à éjaculation. *Syphilis* (1).

4° Court. Ch. Frédéric, 14 ans : *Imbécillité; instabilité mentale; onanisme*. Rapports avec l'infirmier D. le 25 septembre, dans le lit de l'infirmier. *Syphilis*.

5° Blo., J. Louis : *Epilepsie idiopathique; onanisme*. Le 30 septembre, la veille de son départ Dom... a essayé d'avoir des rapports avec lui. Il n'y aurait pas eu intromission. Pas d'accidents. Bien que l'intelligence s'affaiblisse, cet enfant est en mesure de donner des renseignements précis (2).

6° Mal., Albert, 8 ans : *Epilepsie; imbécillité*. L'infirmier D. avait l'habitude de l'embrasser et de se livrer sur lui à des attouchements, le soir, quand il était au lit. Pas de rapports; aucun accident.

7° Lemass., E. Armand, 13 ans : *Imbécillité; bégaiement; onanisme*. Il paraît avoir eu trois fois des rapports avec l'infirmier D. qui, en même temps, le masturbait. Il ne peut préciser les dates. Pas d'accidents.

Les rapports sexuels, les attouchements, ont toujours eu lieu dans le dortoir ou le vestibule intermédiaire aux deux dortoirs, quelquefois le soir, le plus souvent dans la journée, quand les enfants allaient changer de linge, parce qu'ils s'étaient souillés dans leurs accès ou lorsqu'ils allaient aider au nettoyage du dortoir. Dom... avait le soin d'éloigner son camarade. Il donnait des friandises, du tabac, etc., aux enfants, et les menaçait de les faire punir s'ils racontaient ce qui s'était passé entre eux et lui. Sur *sept* enfants, *trois* ont été atteints de *syphilis*. Dom... a été examiné à Mazas par M. Brouardel, qui a constaté qu'il ne présentait pas de déformation démontrant qu'il eut des habitudes de pédérastie active ou passive ; — qu'il était atteint actuellement d'une syphilis constitutionnelle caractérisée par la

(1) L'observation de ce malade a été publiée dans : Bricon. —*Du traitement de l'épilepsie*, p. 163.—(2) *Ibid*. Bricon, *loc. cit.*, p. 38.

présence de plaques muqueuses (anus et amygdales), et d'une éruption papuleuse ;—que la date d'inoculation de cette syphilis paraissait remonter à trois ou quatre mois ; —que D... portait à la base du gland des cicatrices récentes d'ulcérations syphilitiques ; — qu'il présentait enfin des signes caractéristiques d'alcoolisme chronique (1).

Bien que la plupart des faits se soient produits pendant nos vacances ; que nous ne soyons, pas plus que les autres chefs de service des hôpitaux, responsables des actes commis par le personnel servant, il s'est trouvé des journalistes médicaux pour essayer de faire peser sur nous la responsabilité des crimes commis par l'infirmier Dom... (2). Tous les hommmes de bonne foi ont fait justice de ces perfides insinuations.

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1881, la Section renfermait 152 adultes et 126 enfants. Les adultes comprennent des épileptiques et des idiots épileptiques, divisés *administrativement* en deux catégories : les *épileptiques* dits *aliénés*, placés aux frais du département et les *épileptiques* dits *non aliénés*, placés directement par l'Administration de l'Assistance publique et entretenus aux frais de la Ville de Paris. *Médicalement*, ces catégories n'offrent aucune valeur. En effet, elles comprennent l'une et l'autre des malades qui tendent vers la démence

(1) Domain a été condamné le 6 avril 1882, à 12 ans de travaux forcés et 10 ans de surveillance.

(2) Domain n'aurait jamais dû être accepté comme infirmier dans les hôpitaux, car il avait été renvoyé du corps des gardiens de la paix « pour avoir eu des relations avec une fille qu'il était chargé de conduire au poste ». Avant son arrivée à Bicêtre, il avait été infirmier à Lariboisière, à la Maison de Santé et à Cochin. En l'adressant au Directeur de Bicêtre, un chef de bureau du chef-lieu disait : « Admettre; à surveiller sous le rapport de la moralité. » Il est bien évident que si, médecin du service des enfants, on m'avait communiqué ce dossier, j'aurais répondu par un refus formel. Toute la responsabilité des faits précités incombe donc à l'Administration.

et d'autres qui, sauf des troubles intellectuels passagers, possèdent en grande partie leur intelligence.

La même division administrative existe pour les enfants. Des 126 enfants, 61 vont à la *grande école* (*épileptiques, imbéciles, arriérés, pervers*), 46 à la *petite école* (*idiots gâteux ou non, mais valides*), 19 restent à l'infirmerie (*idiots gâteux invalides*).

Le tableau ci-dessous résume le *mouvement de la population* en 1881 :

MOIS.	SORTIES.		DÉCÈS.		TRANSFERTS.		ENTRÉES.	
	Adultes.	Enfants.	Adultes.	Enfants.	Adultes.	Enfants.	Adultes.	Enfants.
Janvier.	4	3	»	6	»	2	5	4
Février.	1	2	»	5	»	1	3	11
Mars.	2	2	4	1	»	1	5	9
Avril.	2	»	3	3	»	»	2	8
Mai	4	»	1	4	»	»	6	7
Juin	3	1	2	2	»	»	3	7
Juillet	1	1	3	1	»	»	2	6
Août.	2	4	2	1	»	»	1	8
Septembre. . .	1	1	»	1	»	»	»	12
Octobre	2	»	1	1	»	1	»	5
Novembre . . .	1	2	2	»	»	»	3	4
Décembre . . .	»	2	1	1	»	»	1	9
Totaux (1). .	23	18	19	26	»	5	31	90

Sorties. a) Adultes : 23, dont 3 passés dans les divisions des vieillards parce qu'ils n'avaient plus d'accès ; 1 passé dans les sections d'aliénés ; 14 sortis librement ; 4 non rentrés de permission ; 1 évadé.

b) Enfants : 23, dont 5 transférés en province ; 1 passé dans l'une des sections d'aliénés ; 1 aux Enfants-assistés ; 10 sortis guéris, améliorés, ou réclamés par leur famille ; 3 non rentrés de permission ; 3 évadés.

(1) Sur ce nombre, les malades Fauch... Gui... et Petit... ont eu chacun deux sorties dans l'année 1881. — Demytten... a une sortie et un transfert. — Chatill... un transfert et une évasion.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Ménie.	17 ans.	Sans.	Epilepsie idiopathique.	Rendu à sa famille. Pas d'accès depuis 2 ans 1/2.
Lefèv.	24 —	Cordonnier.	Epilepsie.	Sorti en permission; non rentré.
Berna	13 —	Sans.	Epilepsie idiopathique.	Rendu à sa famille. Pas d'accès depuis 6 mois.
Egaz.	70 —	Menuisier.	Epilepsie.	Passé aux vieillards.
Leg.	73 —	Commissionnaire.	Epilepsie.	Passé aux vieillards.
Demyttn...	16 —	Ebéniste.	Epilepsie idiopathique.	Rendu à sa famille pour éviter un transfert.
Guéneb.	49 —	Horloger.	Hypochondrie. Alcoolisme. Instabilité mentale. Pas d'accès.	Sorti librement.
Garg.	21 —	Sans.	Imbécillité. Arrêt de développement. Déformations.	Transféré.
Crép.	10 —	Sans.	Epilepsie idiopathique.	Transféré.
Freyt.	17 —	Sans.	Hystéro-épilepsie.	Transféré.
Grill.	22 —	Boucher.	Epilepsie idiopathique. Pas d'accès pendant son séjour.	Sorti librement.
Lebe.	18 —	Sans.	Imbécillité.	Sorti librement. Amélioration notable.
Coche.	46 —	Tailleur de pierres.	Imbécillité. Excitation maniaq.	Sorti en permission; non rentré.
Brige.	18 —	Coloriste.	Hystéro-épilepsie.	Rendu à sa mère.
Popa.	12 —	Sans.	Epilepsie idiopathique.	Passé aux Enfants-Assistés.
Fauch.	37 —	Charpentier.	Epilepsie idiopathique.	Sorti librement. Pas d'accès depuis 3 mois.
Chatill.	16 —	Relieur.	Instabilité mentale. Imbécillité légère.	Transféré.
Roqu.	16 —	Sans.	Instabilité mentale. Epilepsie idiopathique.	Rendu à sa famille. Pas d'accès à l'hospice.
Jupi.	40 —	Garçon de magasin.	Epilepsie.	Sorti librement. Pas d'accès à l'hospice.
Guis.	41 —	Paveur.	Epilepsie tardive.	Sorti librement. Un seul accès en 8 mois.

Enge.	22 —	Cocher.	Epilepsie idiopathique (?).	Sorti librement.
Fouch.	37 —	Charpentier.	Epilepsie idiopatique.	Sorti librement. 2e fois dans l'année.
Petit.	62 —	Marchand ambulant	Epilepsie présumée.	Sorti librement. Pas d'accès à l'hospice.
Bethfor.	21 —	Sans.	Epilepsie idiopathique.	Sorti librement.
Filhol.	12 —	Sans.	Instabilité mentale.	Rendu à sa famille.
Niq.	47 —	Porteur aux Halles.	Epilepsie invoquée.	Sorti librement.
Perr.	18 —	Multiples.	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti en permission ; non rentré.
Resti.	22 —	Multiples.	Epilepsie idiopathique.	Sorti en permission ; non rentré.
Bougre.	19 —	Cordonnier.	Epilepsie idiopathique.	Evadé du marais.
Aug.	18 —	Balayeur.	Imbécillité prononcée.	Passé à la deuxième section.
Chatill.	16 —	Relieur.	Imbécillité légère. Instabilité mentale.	Evadé (2e fois dans l'année).
Gach.	16 —	Mousse.	Epilepsie idiopathique. Alcoolisme.	Evadé.
Huln.	8 — 1/2.	Sans.	Idiotie symptomatique.	Rendu à sa mère.
Guis.	41 —	Paveur.	Epilepsie tardive. 1 seul accès.	Sorti librement. 2e fois dans l'année.
Jacqu.	34 —	Peintre en bâtiments Joueur d'orgue Homme orchestre.	Epilepsie idiopathique.	Sorti librement. Pas d'accès durant son séjour.
Sula.	17 — 1/2.	Aide-cuisinier.	Imbécillité.	Evadé de la cuisine.
Walla.	15 —	Appr. menuisier.	Epilepsie d'origine traumatique.	Rendu à sa famille.
Versm.	27 —	Bijoutier. Lampiste.	Epilepsie idiopathique.	Non rentré de congé.
Demyttn.	17 —	Ebéniste.	Epilepsie idiopathique.	Transféré.
Petit.	62 —	March ambulant.	Epilepsie présumée.	Sorti librement. 2e fois en 1881.
Delaval.	72 —	Journalier.	Epilepsie tardive.	Passé aux vieillards.
Gens.	8 —	Sans.	Epilepsie idiopathique. Imbécillité.	Non rentré de permission.
Charpent.	10 —	Sans.	Idiotie symptomatique.	Non rentré de permission.
Bauni.	22 —	Sans.	Idiotie.	Passé à la première section.
Bio.	16 —	Sans.	Instabilité. Pédérastie. Syphilis.	Rendu à sa famille.
Henr.	6 — 1/2.	Sans.	Idiotie complète.	Rendu à sa famille.

Décès : 20 adultes et 25 enfants. Le tableau suivant renferme les principales indications relatives aux décès.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.	CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Pelt	4 ans.	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Rougeole.	Broncho-pneumonie.
Milg..	7 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Rougeole.	Hémiatrophie cérébrale.
Chamb. . . .	6 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Rougeole.	Congestion méningée.
Duv..	8 1/2	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Diarrhée chronique.	Adhérences intimes des méninges.
Gurb.	10 ans	Sans.	Idiotie.	Rougeole.	Broncho-pneumonie.
Mor..	5 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Rougeole.	Broncho-pneumonie. Sclérose tubéreuse hypertrophique.
Fav..	8 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Rougeole.	Pneumonie suppurée.
Mon. (Flor.).	8 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Rougeole.	Pas d'autopsie.
Levad.. . . .	6 1/2	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Rougeole.	Broncho-pneumonie.
Le Ta.. . . .	9 ans.	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Etat de mal.	Congestion méningée.
Lem,. . . .	15 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Méningite.	Ancien foyer de ramollissement du pli courbe.
Bonne-Hac. .	31 —		Idiotie. Epilepsie.	Etat de mal.	
Billa.. . . .	32 —	Sans.	Epilepsie.	Mort subite.	Tumeur cérébrale. Cécité.
Delo.	59 —	Charretier.	Epilepsie.	Pneumonie.	Rhumatismes articulaires chroniques.
Buvel.	9 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Diarrhée chronique.	Ramollissement de l'écorce des circonvolutions.
Laure.. . . .	19 —	Saltimbanque.	Epilepsie (?).	Tuberculose.	Généralisation.
Duchauss. . .	11 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Tuberculose.	Sclérose atrophique des circonvolutions.
Alar..	75 —	Charretier.	Epilepsie. Démence.	Apoplexie.	Ramollissement cérébral.
Marda.. . . .	6 —	Sans.	Idiotie.	Pneumonie.	A eu la rougeole.
Charpent. . .	11 —	Sans.	Idiotie.	Rougeole.	Broncho-pneumonie consécutive.
Chamba.. . .	48 —	Employé.	Epilepsie.	Phtisie.	Adhérences et congestion des méninges.
Debuysch. . .	73 —	Tailleur.	Epilepsie.	Etat de mal.	
Berthaum. . .	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

Mon..	5 —	Sans.	Idiotie.	Diphthérie.	Intoxication généralisée.
Baro.	11 —	Sans.	Epilepsie. Imbécillité.	Pneumonie.	
Lebra.	15 —	Sans.	Idiotie.	Tuberculose aiguë.	Arrêt de développement des circonvolutions frontales.
Beffa.	67 —		Epilepsie.	Mort dans un accès.	Foyers anciens de ramollissement ; tubercules crétacés.
Labourei.. . .	7 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Etat de mal.	Tubercules pulmonaires.
Perrau.. . . .	16 —	Sans.	Epilepsie. Imbecillité.	Tumeur cérébrale.	Hydrocéphalie.
Ména. . . .	21 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Etat de mal.	Congestions viscérales.
Détr..	30 —	Sans.	Epilepsie. Démence.	Diarrhée.	Tuberculose pulmonaire.
Boul	6 1/2	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Stomatite ulcéro-membraneuse.	Sclérose tubéreuse hypertrophique.
Cliq..	24 ans.	Cordonnier.	Epilepsie.	Etat de mal.	
Deneo.. . .	23 —	Sans.	Epilepsie.	Etat de mal.	Pie-mère adhérente par places.
Carr..	55 —	Palefrenier.	Epilepsie.	Pneumonie.	Foyer ocreux du lobule de l'insula. Sclérose descendante.
Plous.	39 —	?	Epilepsie. Démence.	Affaiblissement progressif.	Hématome de l'oreille.
Chér.	59 —	Boulanger.	Epilepsie. Débilité mentale.	Pendaison.	Suicide. Microcéphalie.
Dub..	12 1/2	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Pneumonie.	Abcès de la marge de l'anus. Suppuration prolongée.
Degroula. . .	6 ans.	Sans.	Epilepsie. Imbécillité.	Stomatite ulcéro-membraneuse.	Déformation du crâne.
Liffric.. . . .	20 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie.	Fièvre typhoide.	Lésions intestinales : congestions viscérales.
Lecle.	25 —	Coiffeur.	Epilepsie. Somnambulisme.	Etat de mal.	Congestion méningitique.
Mot.	61 —	Ancien sergent de ville.	Epilepsie.	Hémorrhagie cérébrale.	Dilatation du cœur et de l'aorte. Absinthisme.
Fauge.. . . .	28 —	Sans.	Epilepsie. Imbécillité.	Pneumonie suppurée.	
Core	37 —		Epilepsie.	Mort subite.	Tumeur cérébrale.
Delaun. . .	15 —	Sans.	Imbécillité.	Diphthérie.	Croup. Intoxication.

Le 31 décembre 1881, il restait dans le service 297 malades se répartissant ainsi qu'il suit :

51 *épileptiques adultes* aliénés ;
68 — — non aliénés;
78 — *enfants* aliénés ;
29 — — non aliénés ;
71 *idiots, imbéciles*, etc.

Là se termine les renseignements que nous avions à donner sur le fonctionnement du service pendant l'année 1881. Nous allons maintenant passer à l'exposé des notes et observations cliniques, thérapeutiques et anatomo-pathologiques, publiées dans le cours de la même année par nous et nos collaborateurs.

DEUXIÈME PARTIE

Clinique.

I.

Notes et observations sur l'idiotie.

Un examen attentif des idiots permet de distinguer un certain nombre de classes différant les unes des autres par des symptômes cliniques et par des lésions anatomo-pathologiques. A côté des *idioties* par *hydrocéphalie* et par *microcéphalie*, il y en a qui reconnaissent pour cause tantôt une *sclérose atrophique* (*atrophie cérébrale*), tantôt une *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse*. Dautres idioties enfin sont dues à une *méningo-encéphalite chronique généralisée*, rappelant tout à fait par ses caractères anatomiques les lésions de la *paralysie générale*.

Nous avons eu l'occasion de rapporter précédemment des cas d'idiotie appartenant à l'*hydrocéphalie* et à la *sclérose atrophique*; dans le cours de l'année 1881, il nous a été donné d'observer des cas d'*idiotie* ou d'*imbécillité* consécutives : 1° à la *sclérose tubéreuse*; 2° à la *méningo-encéphalite chronique*; 3° à la *microcéphalie*. Nous allons les reproduire à peu près tels que nous les avons communiqués à la *Société anatomique*, en collaboration avec MM. Bonnaire et Wuillamié, internes du service.

I. Sclérose tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions cérébrales; par MM. Bourneville et Bonnaire.

Observation I. — *Père peu intelligent. — Mère et bisaïeule alcooliques. — Sœur morte de convulsions. — Frère mort de maladie bleue. - Premières convulsions à 7 mois et demi : symptômes; — Vertiges et accès épileptiques. — Rougeole : Symptômes ; — Température ; — Marche ; — Bronchio-pneumonie. — Mort.*

Autopsie. — *Ilôts de sclérose hypertrophique : Leur siège (Circonvolutions ; Corps striés) ; — Leurs ca-*

ractères. — Tumeurs rénales. — Hépatisation pulmonaire.

Mor..., Charles, François, âgé de 3 ans, est entré à Bicêtre, le 4 janvier 1879 (service de M. Bourneville).

Renseignements fournis par sa mère (24 janvier 1881). *Père*, 41 ans, boulanger; de taille petite (réformé); d'une intelligence au-dessous de la moyenne ; d'une bonne santé habituelle. Il s'est marié à 25 ans; a eu, à 27 ans, une fièvre typhoïde « avec beaucoup de délire, » affection qui fut suivie d'une diminution de la mémoire. Pas d'excès de boisson. [*Père*, mort d'une affection du cœur à 32 ans; maçon; alcoolique ; a bu « tant qu'il a pu. » *Mère*, morte de fièvre typhoïde. Pas de manifestations nerveuses dans la famille.]

Mère, 41 ans, couturière, est assez intelligente ; présente une *tumeur érectile*, sur la moitié gauche de la lèvre supérieure, tumeur qui s'est accrue à chacune de ses grossesses; alcoolique; s'est mariée à 25 ans. [*Père* mort à 70 ans; *mère*, morte à 72 ans d'une tumeur au bras, un an après avoir subi l'amputation du membre atteint. Grand'mère paternelle adonnée aux excès alcooliques et vénériens.] — Pas de consanguinité.

Treize grossesses : 1° une fille morte de *convulsions* à 4 mois; bien conformée; 2° garçon, âgé de 13 ans, intelligent et bien portant; 3° fille morte à 1 mois, de diarrhée, sans convulsions ; 4° garçon mort à 1 mois, de diarrhée, sans convulsions; 5° fausse couche à 4 mois et 1/2, due à des émotions; 6° fausse couche due à l'anémie; 7° fausse couche à 4 mois et 1/2; 8° quatrième fausse couche à 4 mois 1/2; 9° garçon, âgé de 7 ans, intelligent et bien portant; 10° notre malade; 11° fausse couche à 4 mois 1/2, alors qu'elle était atteinte de la variole; 12° garçon mort en 2 jours à l'âge de 5 mois, dans le cours d'une affection cardiaque, probablement d'une *maladie bleue* « il devenait violet » ; 13° fille, âgée de 5 mois; bien portante; élevée au sein, par sa mère.

Notre malade. Pendant la *grossesse*, la mère a été sujette à des émotions multiples occasionnées par l'état de santé de son mari (douleurs rhumatismales), et par la crainte de la misère; pas d'alcoolisme durant la gestation. L'*accouchement* se fit à terme et fut normal. L'enfant fut élevé au sein par sa mère jusqu'à 10 mois. Avant 5 mois, il était bien portant, vif, intelligent ; alors il fit une chute dans laquelle sa tête vint porter sur un poêle chaud. Il en résulta une plaie du front, avec *brûlure*; « il y eut un trou, mais pres-

que pas d'écoulement de sang » ; immédiatement à la suite, l'enfant n'eut ni perte de connaissance, ni convulsions; mais il perdit la gaieté qu'il avait auparavant. La chute et la brûlure eurent pour résultat de faire disparaître des croûtes du cuir chevelu préexistantes. Deux mois après, à 7 mois 1/2, se montrèrent les *premières convulsions*. Leur durée fut de 15 minutes à la première attaque; le même jour, elles se produisirent une seconde fois et persistèrent durant vingt minutes. Sans perdre connaissance, l'enfant devenait « blanc « en même temps qu'il était agité de secousses avec « une sorte de hoquet. » Dès lors, tous les jours se reproduisirent ces « convulsions; » mais ce n'est qu'à 14 mois qu'il commença à perdre connaissance. L'enfant dans ses crises ne voyait plus clair, n'entendait plus; il se cramponnait, sans tomber. Les bras étaient rigides, les yeux convulsés. A deux ans et neuf mois, les manifestations de l'épilepsie s'accompagnent de chute, mais ne présentent ni aura, ni cri aigu initial, sauf quelquefois une sorte de cri plaintif, ni prédominance unilatérale des convulsions. Deux ou trois fois, il y eut de l'écume buccale, la marque de la langue et la miction involontaire étaient constantes.

Absence complète de parole, ainsi que de développement intellectuel. Notre malade ne reconnaît pas ses parents; ne sait manger seul: il est salace et gâteux. Il a commencé à marcher à 2 ans 1/2. Aujourd'hui, nous le voyons d'habitude les doigts dans la bouche (l'index). Par moments, il fait entendre de petits cris avec tremblottement des lèvres. Maximum des accès en 24 heures, 15; maximum de la durée des rémissions, 8 jours. C'est à la chute sur le poêle et à la brûlure que la mère attribue l'état de l'enfant.

Traitement par le bromure de potassium, l'éther (chez ses parents), l'*iodure d'éthyle* (à Bicêtre).

1881. — 13 *Janvier*. Le malade a eu une épistaxis. — Ce matin, on constate du coryza avec conjonctivite; les paupières sont agglutinées. — A l'auscultation, on trouve à droite des râles sous-crépitants; à gauche, de la rudesse de la respiration.—Le ventre est météorisé; il existe de la diarrhée séreuse, grisâtre, fétide. T. R. 38°,4.—*Soir*: T. R. 40°,2.

14 *Janv*. Erythème des fesses; pas d'éruption. (Bouillon, lait, tisane de bourrache). T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 40°,6.

15 *Janv*. Eruption rubéolique très apparente ce matin, sur tout le corps, principalement à la face. Pas de râles. T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 38°,4.

16 *Janv.* T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,4.

17 *Janv.* L'éruption a disparu ; l'amaigrissement est considérable, depuis trois jours ; il y a encore un peu de conjonctivite et de coryza ; l'enfant tousse fréquemment, avec fatigue ; en même temps, des râles sous-crépitants se font entendre des deux côtés de la poitrine. — La diarrhée persiste. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,2.

18 *Janv.* Les râles sous-crépitants sont très abondants dans toute l'étendue de la poitrine. T. R. 39°. (Sinapismes ;

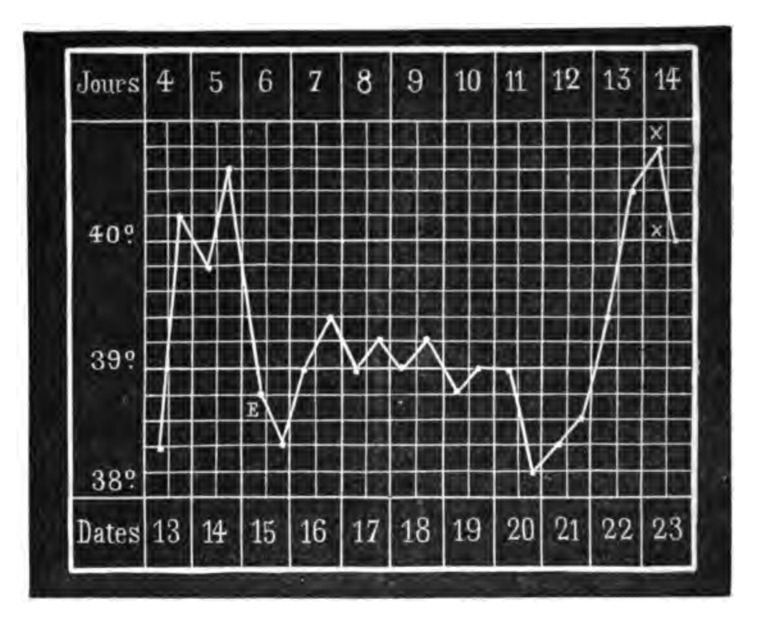


Fig. 1.

potion de Todd avec extrait de quina, 2 gr.). — *Soir* : T. R. 39°,2.

19 *Janv.* Diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire au sommet du poumon gauche. Ventre en bateau. T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 39°.

20 *Janv.* L'enfant reste dans la somnolence ; l'expiration est légèrement soufflante des deux côtés de la poitrine. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 38°,2.

21 *Janv.* T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,6.

22 *Janv.* T. R. 39°,4. — *Soir*: T. R. 40°,4.

23 *Janv.* Le malade est très affaibli; la respiration est soufflante à la base du poumon droit, accélérée. Le facies est pâle, les yeux cernés: le ventre en bateau. Le pouls est très rapide. T. R. 40°,4. (Vésicatoire.)

24 *Janv.* Mort ce matin à 7 heures 1/2, dans le coma. T. R. *post mortem*, 40°,8. (*Fig.* 1). Les accès d'épilepsie ont eu la marche suivante :

En 1879, 83 accès. En 1880, 393 accès. Du 1er au 13 janvier 1881, 27 accès.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — *Thorax*. *Hépatisation* de tout le lobe supérieur du poumon droit; quelques noyaux de broncho-pneumonie au niveau du lobe inférieur du poumon gauche. *Cœur* (70 gr.); caillot occupant le ventricule droit et l'oreillette correspondante.

Abdomen. Foie (470 gr.) normal. — Sur les deux *reins*, on constate l'existence de tumeurs multiples sous forme de noyaux arrondis, de volumes différents. Elles occupent la substance corticale; quelques-unes se montrent à la surface du parenchyme avec l'aspect de taches lenticulaires, blanchâtres, peu épaisses. L'une d'entre elles fait relief au dehors, et refoule la substance médullaire en dedans, sur une largeur de 1 cent. et une profondeur de 2 cent. La coloration en est blanc-jaunâtre, la consistance demi-molle. L'examen microscopique, pratiqué par M. Mayor, montre qu'il s'agirait probablement de *sarcôme encéphaloïde ?* La surface du rein est en outre parsemée de petits *kystes*.

Tête. L'enveloppe crânienne est normale. Au point de vue de l'épaisseur et de la régularité des os; cependant l'apophyse crista-galli présente un développement extraordinaire en hauteur. La *dure-mère* est adhérente; la *pie-mère* offre une vascularisation fine, prononcée surtout au niveau des lobes frontaux, ainsi que sur les lobes occipitaux, principalement à gauche. *Encéphale* : 1040 gr.

Hémisphère droit.—Longueur 16 cent.; la décortication est assez facile, les circonvolutions semblent fortement tassées les unes sur les autres; la *face convexe* est le siège de plusieurs îlots de SCLÉROSE TUBÉREUSE ainsi distribués : 1° extrémité antérieure de la 3e circonvolution frontale, 2° extrémité postérieure des 1re, 2e et 3e frontales; 3° extrémité inférieure de la frontale ascendante; 4° trois îlots sur la lèvre postérieure du sillon de Rolando; 5° partie postérieure de la 1re temporale; 6° partie moyenne des 2e et 3e

temporales; 7° lobule pariétal supérieur; 8° lobule du pli courbe.

Face interne. 1° Ilot à la partie postérieure de la 1re frontale; 2° à un centimètre de l'extrémité postérieure de la circonvolution du corps calleux; 3° à la base du lobe carré. Le ventricule latéral n'est pas dilaté; sur le corps strié, on trouve quatre noyaux irréguliers, disposés sous forme de bandes transversales et verticales, limitées exactement à l'union de la substance grise avec la substance blanche.

Hémisphère gauche. — a) *Face convexe :* Ilots scléreux occupant : 1° la partie moyenne des 3 circonvolutions frontales; 2° la partie moyenne de la frontale ascendante; 3° une faible portion de la pariétale ascendante; 4° le lobule pariétal supérieur; 5° la partie postérieure de la première temporale; 6° la partie moyenne de la deuxième temporale ainsi que de la troisième.

b) *Face interne* : 1° îlot sur la première circonvolution frontale; 2° entre le lobule paracentral et le *gyrus fornicatus ;* 3° îlot volumineux sur le coin. Le ventricule latéral n'est pas dilaté; sur le corps strié, on trouve sept ou huit îlots ou mieux bandes transversales; les 2 premières siègent à la partie inférieure de la tête du noyau intra-ventriculaire.

Sur les deux hémisphères, sauf au niveau des îlots scléreux, les circonvolutions prennent une coloration de chair de saumon. La pie-mère se laisse aisément enlever, au niveau des îlots scléreux, tandis qu'elle s'enlève relativement moins bien au niveau des circonvolutions non indurées. — Les sillons sont peu apparents, en raison du tassement que déterminent les noyaux de sclérose. — La coupe de ces derniers, permet de constater la densité du tissu qui les compose, en même temps que le toucher suffit, au passage du doigt sur les hémisphères, à les reconnaître par leur résistance, qui contraste avec la mollesse du tissu cérébral sain. Elles forment enfin une légère saillie par rapport aux circonvolutions voisines.

Réflexions. — Cette observation nous fournit le troisième exemple d'une forme spéciale de *sclérose*, dont la description anatomique commence à être connue, mais qui, au point de vue clinique, offre encore de grandes lacunes (1).

La maladie parait avoir débuté à 7 mois et demi, par des

(1) Les deux premières observations ont été publiées dans les *Archives de neurologie* t. I, p. 81 et 397.

convulsions si légères d'abord que, au dire contestable des parents, l'enfant ne perdait pas connaissance. Ces convulsions se sont aggravées progressivement, mais n'ont jamais déterminé de paralysie. Les facultés intellectuelles ne se sont jamais développées. L'enfant était complètement idiot. Notons, pour mémoire, l'habitude de mettre ses doigts dans la bouche.

M... a succombé à une *bronchio-pneumonie*, consécutive à la *rougeole*. La mort est survenue au bout de 10 jours. La température s'est toujours maintenue à un chiffre élevé.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, nous nous bornerons à noter : 1° l'absence de lésions sur la partie supérieure des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes et les lobules paracentraux, ce qui explique pourquoi il n'y avait pas de paralysie ; 2° la limitation des lésions de la substance grise ; la singulière disposition des lésions du corps strié ; 3° l'absence de dilatation des ventricules latéraux ; 4° l'absence de lésions de l'isthme et du cervelet.

Enfin, contrairement à ce qui s'observe le plus souvent, M... a eu des accès pendant sa rougeole, alors que la fièvre était très forte. Ainsi, il en a eu un le 13 et le 14 janvier (période d'invasion) ; un le 15 et le 16 (période d'éruption) ; un le 18 et le 21.

OBSERVATION II. — *Névropathes dans la famille. — Accouchement prématuré. — Asphyxie à la naissance. — Convulsions internes. — Idiotie congénitale. — Aggravation des convulsions. — Etat parétique. — Amélioration. — Balancement. — Bave. — Succion. — Cris nocturnes. — Accès de rires et de pleurs. — Caractères des accès convulsifs. — Examen physique : tête, tronc, etc. — Déformation du rachis. — Stomatite ulcéro-membraneuse. — Pneumonie. — Température hyperpyrétique* (43°,4). — *Mort.*

AUTOPSIE.—*Ilots de sclérose tubéreuse ou hypertrophique; — caractères; — distribution. — Lésions des corps striés. — Lésions rénales. — Hépatisation pulmonaire.*

Boru..., Ernest, âgé de 5 ans et demi, est entré à Bicêtre le 12 avril 1881 (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère. — *Père*, 35 ans, de bonne santé habituelle, assez intelligent; n'a jamais fait d'excès de boisson ni de tabac; est peu impressionnable et ne présente d'ailleurs aucun trouble névropathique. Pas d'autre maladie qu'une varioloïde. [*Père* bien portant, brocanteur. Un de ses *frères* a eu deux *jumeaux* bien constitués et valides. *Mère* morte à 56 ans, asthmatique, atteinte de cyphose congénitale; elle était sœur *jumelle*. Quatre frères et sœurs survivent: l'un d'eux est *simple d'esprit*, et trouve à peine à gagner sa vie aux travaux des champs; il est d'un caractère violent, et s'emporte à la plus légère contrariété; il lui est arrivé plusieurs fois de jeter divers objets sur les personnes qui l'irritaient. Pas d'autres cas d'affections mentales ou nerveuses dans la famille.]

Mère, 29 ans, anémique, très nerveuse, prompte à la colère, mais n'a jamais eu de crises, ni de migraines. Dans sa jeunesse, elle a eu quelques éruptions dartreuses aux jambes. [*Père* mort d'une affection gastro-intestinale aiguë; non alcoolique; a eu également pendant plus de 15 ans une éruption dartreuse aux jambes. *Mère*, morte subitement à 66 ans; était très nerveuse. Quatre *frères*, actuellement bien portants; trois *sœurs* dont une est sujette à de violents accès de *migraine*. Un *oncle* paternel ne put suivre les études d'un séminaire par « faiblesse d'esprit. » Une *tante* maternelle, sous l'impulsion d'un accès de *folie* « se sauva de chez ses parents, en chemise, dans le village » ; cet accès dura 3 ou 4 jours.] — Pas de consanguinité.

Sept enfants : 1° et 2° deux *jumelles* (1), mortes l'une à 20 jours, « de faiblesse », l'autre à six semaines, de *convulsions internes*; 3° fille morte à 9 mois, de diarrhée cholériforme ; 4° notre malade ; 5° garçon mort à 11 mois, de diarrhée; 6° garçon âgé de 3 ans et demi ; 7° fille, de 17 mois, ces deux derniers bien portants.

Notre malade. Grossesse bonne, sauf une émotion brusque, causée par un éclat de tonnerre vers le sixième mois, à l'occasion de laquelle elle fut prise d'un fort tremblement qui dura près d'une demi-heure. Pas d'alcoolisme, ni de chutes, etc. L'*accouchement*, facile, naturel, se fit trois semaines avant terme. A la naissance, l'enfant était cyanosé sans cause appréciable : ni circulaire du cordon, ni séjour prolongé au passage; cet état se prolongea 20 minutes et ne

(1) Bien que l'influence de l'hérédité au point de vue des grossesses gémellaires ait déjà été étudiée, nous avons soin de relever cette particularité dans nos observations.

céda que grâce à la saignée du cordon et à la flagellation.

Jusqu'à 17 mois, le petit malade fut élevé en nourrice; vers la sixième semaine, on commença à « s'apercevoir qu'il n'était pas ordinaire » et qu'il avait déjà quelques *convulsions internes*, limitées aux yeux. Il était impossible de fixer et même d'attirer son attention; l'enfant restait distrait, le regard vague, et ne répondait ni aux soins, ni aux caresses. Dans son sommeil, il se réveillait parfois en sursaut avec un mouvement brusque, tandis que ses yeux se convulsaient en haut; cet état durait 3 ou 4 secondes. D'autres fois, en tétant, une *secousse* rapide lui faisait abandonner le sein qu'il reprenait quelques secondes après. Vers deux mois et demi, les *convulsions*, plus nettes, *commencèrent à se généraliser*; l'enfant restait immobile, le regard fixe, les poings fermés, le corps roide, sans mouvements cloniques et sans prédominance unilatérale; souvent, aussi, il y avait du grincement des dents. — A sept mois, il fut traité par M. Bouchut (bains, valérianate de Pierlot; teinture de musc; plus tard, phosphate de chaux). Jusqu'à ce jour, les crises ont persisté avec des variations de fréquence et d'intensité; elles se reproduisaient au nombre de 7 ou 8 par jour, jusqu'à 15 mois; depuis, elles se sont réduites à une par jour en moyenne, avec un intervalle de 4 ou 5 jours de répit comme maximum.

Tandis que l'enfant se développait, on constatait des troubles de la motilité. A deux ans, il ne pouvait élever les mains à la hauteur du vertex; en même temps, la tête, mal soutenue par les muscles cervicaux, pendait inerte dans la station assise et ne pouvait se soulever spontanément sur l'oreiller. A quatre ans, cet *état parétique* des bras et du cou avait totalement disparu, et « la tête ne ballotait plus. »

Etat actuel (*avril* 1881). L'enfant ne peut se tenir debout et marcher que soutenu par la main. Son attitude habituelle est la station assise; fréquemment il *se balance* (1) sur sa chaise, le plus souvent d'avant en arrière. Il porte presque continuellement les mains à la bouche, principalement la droite, et se mordille les doigts; d'autrefois, il suce la manche de son vêtement; par moments encore, il regarde le creux de sa main et semble s'y mirer. Le malade n'a jamais cessé d'être gâteux; il est d'une très grande salacité et mange ses matières fécales. — Les *fonctions digestives*

(1) On sait que c'est là un tic fréquent chez les idiots; — à côté du *balancement*, notons le *tournoiement*.

sont bonnes ; cependant il y a un abondant écoulement de *bave* par la bouche, et les poussées de diarrhée ne sont pas rares. — Le *sommeil* est bon ; quelquefois néanmoins l'enfant pousse des *cris*, la nuit, et ces cris, au dire de la mère, se reproduisent sous forme d'*accès* durant 15 à 30 minutes, avec des intervalles ; ils viennent surtout sous l'influence des temps orageux.

Comme état général, en outre du défaut de développement physique, on trouve de nombreuses manifestations de scrofule : croûtes impétigineuses du cuir chevelu ; adénopathies cervicales multiples, etc.

Le malade voit et entend nettement ; on ne peut avoir de renseignements précis sur l'état de l'odorat ; il paraît content lorsqu'on lui frotte la tête, mais donne des signes d'impatience au bout de quelques minutes. Sans motif appréciable, il a parfois des *accès de rire*, d'autrefois de *pleurs*. Il ne se livre à aucune espèce de jeu et semble tourmenté par le bruit que font autour de lui les autres malades.

Les *accès* sont uniquement constitués par la raideur tétanique. Le début s'annonce par une secousse brusque soulevant le corps ; le regard est fixe, la paupière reste immobile, parfois le visage se colore légèrement. Puis, le corps reste en état de tétanisme généralisé, sans prédominance unilatérale ; enfin, dans un laps de temps variant de 20 secondes à une minute au maximum, survient la résolution et le malade s'endort.

Examen physique (*juillet* 1881). Le corps est notablement émacié. La peau du visage présente de nombreuses rides, avec une teinte pâle : il existe quelques productions de nature verruqueuse sur les joues. Le regard est atone ; les pupilles sont normales.

Crâne. Léger aplatissement de la région occipitale, avec proéminence des bosses pariétales. Le front est bas, étroit, et se rejoint au vertex suivant une surface déprimée. La région pariétale gauche est plus bombée en avant que la région correspondante de droite. La face et les oreilles sont symétriques. Les arcades dentaires, bien rangées, sont recouvertes d'un épais enduit de tartre et, au niveau de leurs extrémités, on observe des ulcérations de la muqueuse des joues, recouvertes d'un détritus pultacé, jaunâtre.

Tronc. Il existe une légère déviation du rachis à la région dorsale constituée par une exagération de la convexité à droite. Le thorax est aplati et asymétrique par suite de la saillie des fausses côtes du côté gauche.

Le testicule gauche seul est descendu ; on ne sent pas le

droit à la région inguinale. Par suite de l'état de gâtisme, les fesses et la partie supérieure des cuisses sont le siège d'un *érythème* chronique; au moment de l'examen, on trouve même quelques ulcérations à ce niveau, d'un diamètre variant de 1 millimètre à 1 centimètre.

Mai. Double conjonctivite (collyre au nitrate d'argent).

28 *mai.* *Stomatite ulcéro-membraneuse* (collutoire à l'acide phénique et jus de citron); potion avec extrait de quinquina et acétate d'ammoniaque.

5 *juillet.* Dans la journée, le malade présente quatre crises d'une intensité au-dessus de la moyenne. Dans l'intervalle se produisent de fréquentes *secousses* épileptoïdes aux bras et à la face, prédominant à droite. Le soir, à huit heures, nous trouvons l'enfant dans le *collapsus*; la température rectale prise successivement avec plusieurs thermomètres à maxima s'élève à 43°,4. Mort à 1 heure du matin, dans le coma, sans accès épileptoïdes, ni convulsions. T. R. *post mortem* : 43°.

Autopsie 30 heures après la mort. — *Thorax.* Le *poumon* gauche est un peu affaissé dans son lobe supérieur, et légèrement congestionné à sa partie inférieure. Le *poumon* droit présente à sa surface, au niveau de la partie postéro-inférieure, une plaque arrondie, de la largeur d'une pièce de 2 francs avec une teinte rougeâtre; le parenchyme est ramolli sur une faible épaisseur à ce niveau. Le reste du lobe offre la lésion d'une *pneumonie* franche au début; le tissu ne crépite plus, est friable sous le doigt mais surnage encore. Les lobes supérieur et moyen sont sains. — *Cœur* 120 gr.; caillots fibrineux passant de l'oreillette dans le ventricule droit; rien à gauche.

Abdomen. — *Foie*, 530 gr., normal; — *Rate*, 40 gr., saine. *Estomac.* Il existe quelques ecchymoses sous-muqueuses au voisinage du cardia. L'*intestin*, ainsi que la *vessie*, sont sains. — *Reins*, égaux en poids (60 gr). Le gauche présente sur sa face antérieure plusieurs kystes séreux, transparents, lenticulaires; à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, on trouve une *tumeur* en saillie, du volume d'un œuf de pigeon, de consistance ferme et d'une teinte blanc-jaunâtre avec des arborisations vasculaires réparties à sa surface; à ce niveau, la capsule est très adhérente. D'autres petits noyaux, de même aspect, se voient vers l'extrémité supérieure de l'organe, sur la même face. La coupe du rein décèle l'existence de nombreux kystes citrins du volume moyen d'un grain de chènevis et disséminés dans les deux couches du parenchyme, qui se montre anémié. Le

noyau principal présente à la coupe un tissu diffluent de teinte vineuse, dont les parties profondes sont particulièrement ramollies; à la périphérie, il existe une couche encore résistante, d'aspect lardacé. Les deux autres tumeurs, de volume moindre, n'offrent pas trace de ramollissement et affectent une disposition cunéiforme. Sur le *rein droit*, la décortication est assez faible et permet de constater l'existence de nombreux kystes séreux. Sur le bord convexe, vers le tiers moyen, on découvre une tumeur de même aspect que du côté opposé, du volume d'une noisette. Au-dessus existe un kyste séreux, ayant les dimensions d'un haricot, dont la paroi est formée par des travées fibreuses blanchâtres et vasculaires. La coupe du rein met à découvert quelques kystes séreux lenticulaires et disséminés, moins nombreux que du côté gauche.

Tête. La base du crâne est régulière et symétrique : la calotte crânienne présente les déformations constatées sur le vivant.

Encéphale : 1,230 gr. Les différentes régions de la base, ainsi que les artères, sont normales. — *Cervelet et isthme* : 170 gr. La *protubérance*, les *pyramides* et les *olives* sont absolument saines, tant à la surface qu'à la coupe. — Les deux *hémisphères cerébelleux* sont égaux et sains ; toutefois à leur niveau la pie-mère est injectée.

Hémisphères cérébraux. A leur surface se montrent en saillie de nombreux *îlots de sclérose tubéreuse*, remarquables par leur aspect lisse et uni, et leur teinte blanche, leur forme généralement arrondie. Le toucher permet également de les reconnaître et de les circonscrire grâce à la résistance qu'ils offrent sous le doigt. A leur niveau, la décortication de la pie-mère est très facile, au contraire de ce qui a lieu pour les circonvolutions de voisinage.

Hémisphère gauche. Les îlots de sclérose sont distribués de la façon suivante : trois à la partie antérieure et moyenne de la première frontale; — un à la partie moyenne de la deuxième frontale; et un à la racine de cette même circonvolution; — un sur la frontale ascendante; — un sur la partie postérieure de la troisième circonvolution temporo-sphénoïdale : — la partie antérieure des deuxième et troisième temporo-sphénoïdales est englobée dans un îlot; noyau volumineux sur la face convexe du lobe occipital; — un sur le lobe pariétal supérieur; — un à la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux; — trois à la surface interne de la première frontale.

Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté. Il existe 8 ou 10 îlots sur le corps opto-strié, disposés transversalement de façon à recouvrir toute la largeur du noyau caudé et le sillon qui le sépare de la couche optique. Au fond du ventricule, sur la paroi externe, se voient de larges arborisations vasculaires.

Hémisphère droit. Il n'existe pas de lésions sur les circonvolutions orbitaires. Les différents îlots de sclérose, de même aspect que du côté opposé, sont répartis comme il suit :

a) *Face convexe* : deux îlots voisins, séparés par une anfractuosité, au niveau du crochet de la 3e frontale; un îlot à la partie antérieure de la 2e frontale; sur les deux tiers postérieurs de la 1re frontale, vaste noyau, presque plan, assez régulièrement arrondi et d'un diamètre de 3 centimètres, en avant duquel se trouvent deux îlots plus petits; sur la frontale ascendante deux nodosités indurées; sur le lobule pariétal supérieur, îlot volumineux, séparé par une scissure nette du lobule pariétal inférieur également sclérosé en partie. L'induration s'étend jusqu'à la lèvre postérieure du sillon de Rolando qu'elle envahit; sur le lobule du pli courbe, noyau plan, arrondi, de 2 à 3 centimètres de diamètre; îlot assez gros sur l'extrémité postérieure de la 1re temporo-sphénoïdale, bordant l'angle de la scissure de Sylvius; — un autre sur la 2e temporo-sphénoïdale; — un dernier sur la corne occipitale.

b) *Face interne* : un petit noyau sur la partie moyenne de la 1re frontale; un à cheval sur le bord de l'hémisphère, répondant à la scissure de Rolando; un sur le lobule paracentral et un sur le lobule lingual.

Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté; on aperçoit cinq ou six noyaux allongés, d'aspect grossièrement godronné sur la tête du noyau caudé. Il n'en existe ni sur la queue de ce noyau, ni sur la couche optique.

Réflexions. — Cette observation nous paraît digne de remarques à différents points de vue. Au mois de février dernier, nous avons eu occasion de présenter à la Société anatomique un cas de sclérose tubéreuse hypertrophique absolument identique à celui dont il s'agit ici. Dans les deux cas, même disposition des îlots, même localisation à la couche corticale des circonvolutions et au corps strié, même intégrité du reste de l'encéphale. De plus, par une coïncidence plus remarquable encore, le rein s'est trouvé

le siège de tumeurs kystiques et solides de même aspect et, selon toute évidence, de même nature dans les deux cas.

Grâce aux recherches de M. Brissaud, faites sur des pièces que nous lui avions confiées (*Archives de Neurologie*, n° 3), onconnaît aujourd'hui la *nature histologique* de cette néoplasie cérébrale. Les noyaux tubéreux ne sont autre chose que le résultat d'un travail de prolifération conjonctive, englobant dans sa gangue pour les atrophier et les détruire, les éléments cellulaires et tubulaires de la couche corticale et secondairement une partiede ceux de la substance blanche.

A côté de la netteté macroscopique et de la similitude des lésions qu'on a pu trouver jusqu'ici en pareil cas, nous devons signaler la rareté de cette affection. Quatre cas seulement paraissent avoir été publiés jusqu'ici : le premier a été recueilli par l'un de nous à la Salpêtrière; les trois autres dans le service des enfants idiots de Bicêtre.

Il est aisé de concevoir les difficultés que présente jusqu'ici le *diagnostic* d'une telle affection, puisqu'il était impossible de l'asseoir sur des données cliniques antérieures, en même temps qu'il rencontrait un obstacle sérieux dans l'état d'idiotie des malades.

Néanmoins nous avons pu, par l'observation attentive des phénomènes physiques qu'a présentés ce dernier malade, sinon affirmer, du moins soupçonner l'existence d'une *sclérose hypertrophique*. Entré comme épileptique dans nos salles, notre malade n'offrait en somme, à part la roideur tétanique, aucun des signes de l'épilepsie vulgaire : pas d'aura, pas de cri initial, jamais de secousses cloniques; de plus, la pâleur du visage, la respiration stertoreuse, etc., n'ont jamais été notées.

Enfin, c'est en mettant l'ensemble symptomatique, en regard de celui que nous avions observé dans les cas précédents, et en tenant compte de l'état parétique des membres et du cou, vraisemblablement concomitant du début de l'affection, que nous avons pu songer à la sclérose hypertrophique, hypothèse qu'est venue confirmer l'autopsie.

§ II. Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite chronique ; par MM. Bourneville et Wuillamié.

Les faits d'idiotie consécutive à une méningo-encéphalite chronique plus ou moins généralisée sont assez communs. Pour notre part, nous en avons observé plusieurs, soit à la Salpêtrière quand nous remplacions M. Delasiauve dans son service, soit à Bicêtre. L'un de ces derniers a été consigné dans le *Compte rendu du service pour l'année* 1881 (p. 69.) Celui qui va suivre est d'autant plus intéressant, que les lésions étaient parvenues à une période très avancée de leur évolution, pour ainsi dire à leurs limites extrêmes, de telle sorte que l'ablation des méninges entraînait toute la couche de substance grise et mettait à nu la substance blanche, atrophiée, indurée, des circonvolutions cérébrales.

Observation. — *Idiotie, épilepsie, abcès de la marge de l'anus.— Père : convulsions à 6 ans. — Mère : convulsions dans l'enfance, migraines. — Grand-père maternel : excès de boisson, crises convulsives. — Deux cousins aliénés.— Pas de consanguinité. — Premières convulsions à trois mois; prédominance à gauche, paralysie à gauche, contracture. — Affaiblissement progressif. — Mort. — Autopsie : Méningo-encéphalite ; ablation presque totale de la substance grise.*

Dub... (Charles Antonin), âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 21 janvier 1881.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère de l'enfant.) *Père*, 38 ans, marin, puis comptable. Bien portant, est sujet à des maux de tête depuis 4 ans; doux quoique colérique; pas de trace de syphilis ; a chiqué autrefois dans ses voyages; aurait eu des convulsions jusqu'à l'âge de 6 ou 7 ans. [Son *père* est mort subitement (?); il était sobre. Sa *mère*, mariée à quinze ans, mère à 16 « de caractère volage, » s'est séparée de son mari et a disparu. Ni *frère*, ni *sœur* ; pas d'antécédents héréditaires nerveux dans la famille.]

Mère, 34 ans, couturière, a eu des *convulsions* jusqu'à l'âge de 7 ou 8 ans ; nerveuse, est sujette, depuis la puberté, à des palpitations et à des *migraines* au moment et à la suite des règles; elle a des *cauchemars* depuis quelque

temps : rêve qu'elle court, qu'elle cherche son enfant, etc. Elle n'a jamais eu d'attaque de nerfs, ni de syncope ; elle est fortement marquée d'une variole contractée en 1870 ; pas de trace de scrofule, de dartre, ni d'herpétisme. [Son *père* a toujours fait de nombreux *excès de boissons* (vin) ; il est très nerveux et a tous les 5 ou 6 mois, depuis une dizaine d'années, des *crises convulsives* dans lesquelles il se mord la langue. Sa *mère* est bien portante, un peu nerveuse. Un *frère* est mort d'une fièvre cérébrale à 3 ans. Deux *cousins* de la troisième génération ont été *aliénés*. Pas d'autres cas d'hérédité dans la famille.] Pas de consanguinité.

Un seul enfant, notre malade. *Grossesse agitée*, antérieure au mariage des parents : « J'ai pleuré pendant les 9 mois et mon père m'a battue plusieurs fois. » Au sixième mois, *peur*, mais sans syncope, à la vue d'un lion dans l'étalage d'un marchand de fourrures. Accouchement naturel, à terme. Dub... a été élevé au sein par une nourrice jusqu'à un an. Les *premières convulsions* sont survenues vers 2 ou 3 mois et se sont renouvelées tous les mois ; Dub... a marché à un an. A partir de là, après chaque crise convulsive, il était un ou deux jours sans pouvoir marcher. Il a été propre à 15 mois ; la dentition a été régulière. Il a eu à 18 mois un *abcès* derrière l'oreille qui a suppuré si longtemps que la nourrice « sur la recommandation d'un saint » est allé promener l'enfant, tête nue, dans « un champ de seigle au moment de la rosée. » Pas de résultat immédiat à la suite de ce traitement. Sa mère le reprit avec elle à l'âge de trois ans, et, de ce moment jusqu'à l'âge de quatre ans, il n'a pas eu de convulsions. Durant cet intervalle, il parlait bien et prononçait distinctement tous les mots ; il apprenait bien à lire, était très caressant.

Les *convulsions reparurent* à 4 ans, sous forme d'un état de mal qui dura 5 ou 6 heures et dans lequel elles *prédominèrent dans la moitié gauche du corps et de la face*. Dub... se rétablit au bout de deux jours et put marcher sans traîner la jambe. Comme par le passé, les crises convulsives redevinrent mensuelles. Vers l'âge de huit ans, il eut un autre *état de mal* qui dura 67 heures, dans lequel on constata encore la *prédominance des convulsions à gauche*. Il dut garder le lit pendant un mois et nous n'avons pu savoir s'il y eut de la paralysie à la suite de ces convulsions ; seulement, quelque temps après, on remarqua « *qu'il laissait tomber les objets de la main gauche.* » Bientôt les crises devinrent plus fréquentes (plusieurs par mois) et chacune durait trois ou quatre heures. Il les sen-

tait venir, et, dans les vingt minutes qui les précédaient, il disait sans cesse : « Ma petite mère, je suis étourdi, ma petite mère, j'ai mal au cœur » et, à chaque fois, sa figure devenait rouge; puis, à la suite d'un étourdissement ultime, il poussait un *cri sourd*, *plaintif*, *prolongé* et était pris de convulsions. Un jour la crise débuta par une sorte d'hallucination : « Oh! ma petite mère, toutes ces couronnes! »

Ce fut le 12 juin 1880 que, après une crise de 6 heures, avec prédominance des convulsions à gauche, on nota une *paralysie du bras et de la jambe de ce côté*. L'enfant eut alors beaucoup de fièvre pendant assez longtemps et on dit aux parents qu'il avait une *méningite*. Pourtant, il ne vomissait pas et gâtait. — Il put se relever au bout de deux mois, mais ce ne fut que dans le troisième qu'il put commencer à marcher en *traînant la jambe*. — Dans la suite, la paralysie de la jambe a diminué, mais il la *traîne* encore et le pied s'est déformé. Vers le même moment, le bras paralysé s'est *contracturé*. Durant les trois ou quatre mois qui suivirent cette crise, pas d'autres accès, mais le malade se plaignait souvent de la tête, des oreilles et criait. Enfin, il y a 5 mois environ que les accès sont revenus; ils sont presque quotidiens, durent 20 ou 30 minutes et sont identiques à ceux que nous avons décrits.

Depuis la crise de juin 1880, *modification considérable de l'intelligence*, *parole difficile*, *écriture presque impossible*. Dub... est devenu *méchant*, *s'agace* facilement, *secoue les meubles*, *casse*, *déchire*; une fois il a voulu s'en aller et on a dû l'enfermer. Pas de gourmandise, de kleptomanie, de pyromanie. Dès sa première enfance, son *sommeil* était agité; il faisait des *bonds* dans son lit, mais n'avait pas de peurs. Avant sa dernière maladie, il n'avait peur de rien, maintenant il est craintif comme il ne l'a jamais été. Il est redevenu propre depuis deux mois, bien que parfois encore il urine au lit. La mère ne signale pas d'onanisme.

Etat actuel. — Le *crâne* offre une saillie spéciale de l'occipital qui est divisé en deux plans par une crête transversale siégeant à sa partie moyenne; les *apophyses mastoïdes* sont très développées. — De la bosse occipitale externe à la racine du nez, en passant par le vertex, on mesure 38 c.; d'une oreille à l'autre, 30 c. La circonférence de la base du crâne donne 52 c. La *face* est régulière, symétrique, profondément émaciée. Le *front* est large, la suture médiane des deux moitiés du frontal est saillante; les bosses frontales sont peu saillantes; aplatissement des arcades sourcilières; excavation cachectique des fosses tem-

porales; — *nez* aquilin; — *yeux* profondément excavés cils bruns, pupilles égales, pas de strabisme; — *bouche* moyenne, lèvres fines; — *oreilles* bien ourlées, lobules bien détachés; — *maxillaires* réguliers, dents bien rangées, complètes, mauvaises, petites, espacées; — *voûte palatine*, peu profonde, large, régulière, symétrique; — *voile du palais*, *piliers* normaux, *luette* rudimentaire, *amygdales* normales.

Le *cou* est long et grêle; — le *thorax* offre une incurvation générale de la colonne vertébrale avec concavité gauche, il est très amaigri. Aucune malformation congénitale ni aux *membres supérieurs*, ni aux *inférieurs*, qui sont longs et grêles. — Le *bras gauche* est *contracturé* dans la demi-flexion, le pied gauche est médiocrement déformé, et ne repose que sur la pointe dans la marche.

Peau : cheveux noirs, clair-semés, sourcils et cils noirs longs, plus épais; pas d'adénites. — *Organes génitaux* : verge petite, peu développée; testicules descendus.

Intelligence. A son entrée, le malade a été envoyé à l'école, mais on n'a rien pu en faire. Il est donc resté soit à la petite école, soit à l'infirmerie. Il passait parfois toute la journée sans rien dire; d'autres fois il faisait avec la main signe d'approcher, et, quand on était près de lui : « J'ai faim disait-il, j'ai soif, du pain, du chocolat, maman va venir. » Son vocabulaire était excessivement restreint. D'autres fois, il cherchait à donner des soufflets, à mordre; il reconnaissait sa mère, mais ne lui faisait aucune caresse. Il mangeait seul, assez proprement, se servant d'une cuiller tenue de la main droite, pas de voracité, ni de salacité; pas de bave, il ne suce pas, ne grince pas des dents. Il demandait le bassin le jour, et gâtait la nuit; n'aidait pas à s'habiller.

26 *février*. — Trois accès hier; le soir, T. R. 38°; nuit tranquille. Ce matin, abattement, refus de manger. Cet état est *la règle* chez lui à la suite des accès.

13 *avril*. — Depuis deux jours, diarrhée à laquelle a bientôt succédé de la dysentérie, selles fréquentes, peu abondantes, pas de ténesme. Décoction de poudre d'ipéca et 1/4 lavement avec 0,50 de nitrate d'argent. T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 39°. Deux accès.

14 *avril*. — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,4.

15 *avril*. — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,8. Trois accès.

16 *avril*. — T. R. 38°,4. Les selles dysentériques et glaireuses persistent, le sphincter est comme paralysé et laisse couler une certaine quantité de liquide; langue humide, saburrale, pas de vomissements, ventre non ballonné. — Donner 1 gr. d'ipéca comme vomitif, continuer la décoction

d'ipéca et les lavements au nitrate d'argent; eau albumineuse pour boisson; lait comme aliment.

17 *avril.* — T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 39°,4.

18 *avril.* — T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 39°,4.

19 *avril.* — T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°. Pas de sang dans les selles. Continuer le régime.

20 *avril.* — T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 37°,8.

21 *avril.* — T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 39°,4. Cinq accès.

22 *avril.* — T. R. 38°. Apparition sur la marge de l'anus d'une rougeur érysipélateuse, qui empiète surtout sur la fesse gauche sous forme d'un bourrelet rouge, induré, large de trois travers de doigt; elle intéresse moins l'autre fesse. A son niveau, on sent un noyau d'induration. Application de compresses d'eau de sureau; bouillons, potages, lait. — *Soir* : T. R. 40°,4.

23 *avril.* — La verge n'est pas envahie, le scrotum se dégage; disparition de la rougeur et du gonflement. T. R. 40°. — *Soir* : T. R. 40°,2.

24 *avril.* — T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 39°,8.

25 *avril.* — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 38°,8. La limitation de l'érysipèle s'est bien effectuée et il ne persiste un peu d'induration qu'à la marge de l'anus. Potion de Todd et julep avec extrait de quinquina, 3 gr.

26 *avril.* — T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 39°.

27 *avril.* — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 38°,8.

28 *avril.* — T. R. 38°,4. — Diarrhée persistante. Pendant qu'on nettoyait Dub..., il s'est ouvert un petit abcès dans le pli interfessier, un peu à gauche. — 1 gr. 50 d'ipéca; bouillon et lait.

29 *avril.* — On sonde la plaie avec un stylet; il existe un décollement considérable à gauche du périnée s'étendant en avant, mais surtout en arrière; le stylet glisse en avant sous les téguments jusqu'à la racine des bourses; en arrière, il glisse entre les téguments et l'aponévrose jusqu'au coccyx. Débridement des clapiers en dedans et en arrière; pansements avec des mèches; injections phéniquées deux fois par jour. T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 39°.

30 *avril.* — L'écoulement du pus se fait très incomplètement, vu la profondeur du clapier; on fait une contre-ouverture avec le trocart courbe, et on passe un drain de moyen calibre. Le malade est très faible. Traitement : Sulfate de quinine 0,20. Julep avec 2 gr. d'extrait de quinquina et 50 gr. de rhum. Vin de quinquina. Café. Deux pansements par jour. T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 39°,8.

1er *mai.* — T. R. 39°,4. Dans la nuit un frisson suivi de convulsions internes (?). Ce matin Dub... est pros-

tré, pâle, les yeux caves; le pouls est à 120. Nouvelle dose de 0,20 de sulfate de quinine; sirop d'éther 40 gr.; sinapismes. — *Soir* : T. R. 37°,2.

2 *mai*. — T. R 39°,2; l'état local est excellent, la plaie a bon aspect, le pus est bien lié; état général médiocre. — *Soir* : T. R. 39°.

3 *mai*. - T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 38°,6.

4 *mai*. — T. R. 38°,2; la plaie est belle, peu d'inflammation au pourtour; un peu moins d'abattement; appétit médiocre. On essaie une côtelette. — *Soir* : T. R. 38°,2. Deux accès.

5 *mai*. — T. R. 38°. Malgré son aspect cachectique le malade ne tousse pas; tout état inflammatoire a disparu autour de la plaie. — *Soir* : 38°.

6 *mai*. — T. R. 38°. — *Soir* : 38°.

7 *mai*. — T. R. 38°. — *Soir* : 38°,2.

8 *mai*. — T. R. 38°. On enlève le drain; la plaie est devenue un peu fongueuse; on la pansera au vin aromatique. Sirop d'iodure de fer et viande crue 50 gr. — *Soir* : T. R. 38°.

9 *mai*. — T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 38°,8.

10 *mai*. — T. R. 38°,4. — *Soir* : Dub... a eu un accès dans l'après-midi; T. R. 39°.

11 *mai*. — T. R. 38°,6. Constipation; limonade purgative. — *Soir* : T. R. 38°,8.

12 *mai*. — T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 38°.

13 *mai*. — T. R. 38°. La plaie marche vers la cicatrisation complète. — *Soir* : T. R. 38°,4.

14 *mai*. — Deux accès.

30 *mai*. — Depuis quinze jours, la température oscille entre 38° et 38°,8; la plaie est presque fermée; mais le décubitus prolongé a provoqué des eschares qui, bien que superficielles, vont en s'élargissant. Panser avec de la poudre de quinquina et coucher le malade sur un matelas à air.

9 *juin*. — La température oscille toujours autour de 38°. La cicatrisation est presque complète; les eschares persistent et bourgeonnent; on les cautérise au nitrate d'argent. Bain salé tous les deux jours. Même prescription et même régime reconstituant. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°.

23 *août*. — La plaie est depuis longtemps absolument cicatrisée; néanmoins Dub... est trop affaibli pour être levé; il reste au lit, recoquevillé sur lui même, indifférent à ce qui l'entoure; pas de fièvre; depuis hier la diarrhée, arrêtée à grand'peine, a reparu avec assez d'intensité; peu d'appétit. Julep avec 4 gr. de sous-nitrate de bismuth.

24 *août.* — Moins de diarrhée; l'état cachectique s'accentue de jour en jour; pas de fièvre; pouls petit et misérable; bouche et langue sèches, pas de muguet, pas de vomissements, refus de manger; le ventre est rétracté en bateau; amaigrissement profond, saillie des apophyses malaires, excavations des joues et des tempes, yeux creux, cernés, ternes, rictus sardonique, saillie des côtes, du sternum, des reliefs du bassin, des ischions; les membres montrent les reliefs musculaires et les fosses ischio-rectales sont comme évidées. Traces de duvet cachectique à la lèvre supérieure et au niveau des branches du maxillaire inférieur; quelques poils aux membres, sur le dos, le sacrum, au pubis; rien aux aisselles. Ulcérations cachectiques : 1° sur la tête du troisième métacarpien gauche, 2° à la jonction du pouce droit et de l'index, 3° sur le tendon d'Achille gauche, 4° sur le bord externe du pied gauche, 5, sur la crête iliaque, sur le sacrum. Dub... affectionne le décubitus latéral gauche, les genoux presque collés au menton. Rien au cœur, rien dans la poitrine, respiration faible. L'auscultation est difficile. C'est un affaiblissement progressif. T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 39°,2.

25 *août.* — T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°,2.

26 *août.* — T. R. 39°. Pas d'amélioration; ajouter au bismuth 2 gr. de diascordium, et donner un lavement avec un blanc d'œuf et 12 gouttes de laudanum de Sydenham.— *Soir* . T. R. 38°,6.

27 *août.* — T. R. 38°,8. Dub... est mourant, il respire à peine; algidité des extrémités; diarrhée continuelle, selles involontaires. — *Soir* : T. R. 39°. — Décès à 10 h. du soir. T. R. post mortem : 41°,6.

Les accès ont eu la marche suivante : janvier, 4; — février, 27 ; — mars, 14 ; — avril, 21 ; mai, 3, plus 4 vertiges; — juin, 20 ;—juillet, 5 ; — août, 14. — Les accès ont été suspendus durant la période aiguë de l'*érysipèle* (22 avril — 4 mai).

Autopsie le 27 août 1881. — La *voûte crânienne* est très épaisse, le tissu osseux est dense ; la *dure-mère* est épaissie, adhérente çà et là à la boîte osseuse; la *base du crâne* est régulière et symétrique. L'*encéphale* pèse 1210 grammes; les artères de la base, les nerfs, le chiasma, les pédoncules paraissent symétriques. Les *hémisphères ne paraissent pas égaux* ; du côté droit, les lobes *frontal* et *occipital* sont *en retrait* sur ceux du côté gauche. L'hémisphère droit ne mesure que 17 c. dans sa plus grande longueur et paraît moins large aussi que le gauche qui me-

sure 17 c. 1/2 de longueur; de même l'hémisphère droit pèse 170 *gr. de moins* que le gauche.

Hémisphère droit. Lorsqu'on essaie d'enlever la *pie-mère* qui n'est guère plus épaisse que d'habitude, mais qui est finement vascularisée, on entraîne avec elle la substance grise; après plusieurs essais, et malgré le plus grand soin, *on constate que c'est toute la couche de substance grise qui suit la pie-mère, laissant ainsi à nu le squelette de substance blanche des circonvolutions.* Ceci se produit sur toute la face convexe de l'hémisphère, hormis au niveau du lobule de l'insula, et des 2[3 antérieurs du lobe temporal. La même chose se reproduit sur la face interne, où nous dépouillons successivement la 1re circonvolution frontale, le lobule paracentral, l'avant-coin, le coin, le lobe occipital de toute leur substance grise, laquelle ne résiste, mais incomplètement, que sur la circonvolution du corps calleux, et sur la moitié antérieure du lobe temporo-occipital. La *substance blanche*, ainsi mise à nu, est indurée, ferme, et est hérissée de petites *crêtes*, rendues plus visibles par l'immersion dans l'eau. Il nous reste, d'autre part, dans la main, une véritable *coque résultant de la soudure de la pie-mère à la substance grise, et reproduisant par ses reliefs et ses dépressions le dessin des circonvolutions dépouillées.* Le ventricule latéral est un peu dilaté, la *corne d'Ammon est indurée* (Planche I).

Hémisphère gauche. On constate aussi des adhérences à peu près généralisées de la pie-mère, sauf au niveau des deux circonvolutions ascendantes, du lobule paracentral, de l'extrémité du lobe occipital, et de la face interne du lobe temporal. Mais on n'entraîne que des fragments de substance grise et non la totalité comme du côté opposé. La *corne d'Ammon* est aussi indurée; le ventricule latéral paraît normal. Le *corps calleux* et les *corps opto-striés* des deux côtés ne présentent pas d'altération.

Le *cervelet* et l'*isthme* réunis pèsent 150 gr.; les plis du cervelet offrent au toucher une dureté assez notable, surtout à gauche; la décortication de la pie-mère est facile. La *protubérance*, le *bulbe* ne présentent aucune asymétrie, aucune trace de sclérose descendante.

Il y a quelques adhérences antéro-latérales au sommet du *poumon* droit qui est hépatisé dans son lobe inférieur; le gauche n'est que congestionné et œdématié; les sommets sont sains. Le *cœur* pèse 170 gr. et n'est le siège d'aucune lésion valvulaire; quelques caillots cruoriques dans l'oreil-

lette et le ventricule droits, du sang fluide dans le gauche ; rien à l'aorte. Aucune lésion de l'*œsophage*, *de l'estomac* ni de l'*intestin grêle* ; la muqueuse du *gros intestin*, surtout vers l'extrémité inférieure, est boursoufflée, épaissie, marbrée ; pas de cicatrice d'ulcérations. Le *foie*, jaunâtre, gras au toucher, friable, pèse 800 gr. ; la *rate*, 40 gr. ; les *reins*, dont la substance corticale est décolorée, pèsent l'un 80 gr. et l'autre 60 gr.

I. L'histoire pathologique de cet enfant comprend trois phases bien distinctes.

a) La première est marquée par des *convulsions* qui se reproduisent presque tous les mois, jusqu'à un an et demi, sans avoir, en définitive, affecté d'une manière notable soit le mouvement, soit l'intelligence. En effet, de dix-huit mois à quatre ans, Dub... se développe, marche librement, parle sans difficulté, est propre, apprend à lire, etc.

b) La seconde phase débute par des convulsions, revêtant la forme d'un état de mal et prédominant dans la moitié gauche du corps. A partir de là, on note le retour des convulsions mensuelles ; puis un autre état de mal, offrant les mêmes caractères que le précédent, suivi d'une *parésie* à gauche et d'une augmentation des crises convulsives. Durant cette phase, les facultés intellectuelles, paraît-il, n'auraient été que médiocrement affaiblies.

c) La troisième phase commence en juin 1880. De même que la seconde, elle s'annonce par un *état de mal*. Les convulsions prédominent toujours à gauche. Autrefois, quelques jours après les états de mal, D... se levait, semblant revenu à sa situation habituelle. Après celui-ci, il se plaint de douleurs de tête, a de la fièvre, etc. ; et, tandis que le premier état de mal n'avait pas intéressé la motilité, que le second n'avait produit qu'une parésie elle-même transitoire, ce dernier état de mal se termine par une *hémiplégie gauche* et par une déchéance intellectuelle si accusée que, à l'entrée de l'enfant à l'hospice, nous sommes amenés à porter le diagnostic : *idiotie*, probablement consécutive à une *méningo-encéphalite*, plus avancée à gauche, en raison de la *paralysie*.

La débilité intellectuelle a continué de progresser ; il est survenu une *diarrhée* abondante, un *érysipèle phlegmoneux*, un *abcès* avec des délabrements considérables ; tous

ces accidents graves ont guéri. Mais, bientôt, la diarrhée a reparu ; l'amaigrissement s'est accentué de plus en plus ; des ulcérations se sont formées de tous les côtés et l'enfant a succombé avec une hépatisation terminale d'une partie du poumon droit.

II. Disons de suite que l'autopsie n'a révélé aucune *lésion tuberculeuse*, que la *diarrhée* n'a laissé aucune trace (1) et passons aux lésions cérébrales qui, à notre avis, méritent tout particulièrement d'attirer l'attention.

Elles consistaient en une *méningo-encéphalite* à peu près généralisée des deux hémisphères et parvenue à des degrés divers. Çà et là, principalement sur l'*hémisphère gauche*, en enlevant la pie-mère on entraînait des portions plus ou moins larges et plus ou moins profondes de la substance grise. Il en était de même sur le *lobe temporo-sphénoïdal droit*.

Mais, et c'est là le point le plus important, sur les trois quarts environ de la *face convexe* et de la *face interne* de l'*hémisphère droit*, *la pie-mère entraînait avec elle* TOUTE L'ÉPAISSEUR DE LA SUBSTANCE GRISE, *mettant ainsi à nu le squelette de la* SUBSTANCE BLANCHE *atrophiée et indurée*. (Dans la PLANCHE I, M. Leuba a bien rendu l'aspect des lésions que nous avons décrites).

C'est, croyons-nous, la première fois que l'on signale des lésions de ce genre *chez un enfant de* DOUZE *ans* ; tout le monde sait, en effet, qu'on les rencontre, sinon aussi étendues, du moins aussi intenses dans la *paralysie générale progressive*, maladie de l'âge adulte (2).

---

(1) Nous avons observé plusieurs cas de *diarrhée idiopathique chronique* chez des enfants idiots des deux sexes, se terminant, au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois par la mort, et dans lesquels nous n'avons relevé aucune lésion macroscopique. Nous publierons prochainement une note sur ce sujet.

(2) M. Baillarger a publié dans les *Annales médico-psychologiques* (6 janvier 1882), une note dans laquelle il rappelle trois cas de paralysie générale où il a trouvé la même lésion, caractérisée par la séparation de la substance grise de la substance blanche. Voir aussi : Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*.—Outre le cas qui précède, nous en possédons d'autres, dans lesquels la lésion était aussi accusée mais plus circonscrite.

§ III. Note sur deux cas d'imbécillité et d'idiotie due à la microcéphalie; par MM. Bourneville et Wuillamié.

Notre but n'est pas d'entreprendre, quant à présent, une monographie didactique sur la microcéphalie, mais de placer sous les yeux de la Société deux faits qui nous paraissent propres à éclairer cet intéressant sujet. Toutefois, avant d'aborder l'exposé du premier cas que nous avons observé, il nous semble utile de rappeler deux des travaux les plus importants, faits dans ces derniers temps sur la *microcéphalie*. Le premier, dû à l'un des hommes les plus éminents de notre époque, Charles Vogt, est intitulé : *Mémoires sur les microcéphales ou hommes singes* (1) ; — l'autre, élaboré sous les yeux de Broca, a pour auteur M. E. Ducatte et porte le titre suivant : *La microcéphalie au point de vue de l'atavisme* (2).

Observation I.—*Père, oncle paternel et frère alcooliques. — Mère : pertes de connaissance mal caractérisées. — Grand'mère maternelle : carcinome. — Autre frère : aliéné. — Excès de boissons.— Premier accès consécutif à une peur, à 18 ans ; délire consécutif, deuxième accès à 47 ans.—Troisième à 50 ans.— Vertiges, hallucinations de la vue. — Intelligence médiocre.— Microcéphalie. — Suicide. — Poids de l'encéphale : 770 gr. — Simplicité des circonvolutions.*

Chér... (Philibert-Auguste), âgé de 59 ans, boulanger, puis infirmier, est entré à Bicêtre le 25 mai 1872 (service de M. Bourneville).

Antécédents.—*Père :* boulanger, alcoolique (vin blanc), mort d'un asthme symptomatique de bronchite chronique avec emphysème à l'âge de 75 ans ; il avait des varices considérables ; il n'aurait pas eu d'autre maladie. [Deux *frères* ; le plus jeune est mort prématurément, on ne sait de quoi. L'autre a succombé à des *excès de boissons* (vin blanc). — Aucun renseignement sur les grands parents paternels.]

Mère : elle travaillait avec son mari ; elle était maladive. Vers l'âge de quarante à quarante-cinq ans, elle fut, durant

(1) Genève, 1867. In-4° de 210 pages et 26 planches noires.
(2) Thèse de Paris, 1880. In-4° de 96 pages.

trois ou quatre ans, sujette à des crises caractérisées de la façon suivante: elle tombait n'importe où, devenait très rouge, mais n'écumait ni ne se débattait. On prétend même qu'elle ne perdait pas connaissance (?). On attribuait ces accidents à la « *force du sang* » ; ils cessèrent à la suite d'une couche. Très active, prompte à se mettre en colère, elle n'avait cependant jamais été sujette à des attaques de nerfs ; morte percluse de douleurs,aveugle et atteinte d'anasarque; on ignore les maladies qu'elle a pu faire; elle avait deux hernies, dont l'une s'étrangla à 60 ans et fut opérée avec succès. [*Grand'mère* maternelle morte d'un carcinome à la cuisse ; *grand-père* mort de vieillesse à 98 ans et demi. Deux *sœurs*, l'une bien portante, mère de 7 enfants en bonne santé; l'autre morte en couches à 47 ans. Un *frère* mort de fièvre typhoïde].

Pas de consanguinité. Le mari n'avait qu'un an de plus que sa femme.

Trois enfants. 1° Notre malade; 2° un garçon rhumatisant, qui avait « *une espèce de goutte* »; il est mort à 40 ans à la suite *d'excès de boisson* (absinthe), ses enfants se portent bien ; 3° un garçon très maladif, « *aurait un peu perdu la tête* » à un moment donné, à la suite de chagrins de famille, mais, cela « lui aurait passé » au moment où il allait entrer à Charenton. On ne connaît pas d'autre membres parmi les ascendants ou descendants ayant été sujet à quelque maladie nerveuse.

Notre malade. Bonne santé habituelle, a eu la rougeole, la variole et un abcès de l'oreille. Pas de convulsions ni de cauchemars, ni d'incontinence nocturne d'urine dans son enfance; il n'était pas non plus peureux et n'avait eu aucune espèce de manifestation nerveuse. Caractère vif, et, suivant lui, courageux à l'ouvrage. Il dit que,pour son commerce, il était *obligé de boire beaucoup* (vin blanc), mais qu'il ne se grisait pas. Il n'a jamais été très porté pour les femmes, partant pas d'excès vénériens; fume pour 1 fr. 50 et prise pour 25 centimes de tabac par semaine.

Le *début* de la maladie remonte à l'âge de 18 ans. C'est en effet à cette époque que, sous l'impression *d'une vive frayeur* (voleur caché dans la chambre à farine de son père), il eut sa *première crise*; il tomba privé de connaissance et se débattit beaucoup pendant 7 à 10 minutes, puis il reprit connaissance, eut un peu de délire pendant environ une heure et s'endormit (c'était à minuit). Le lendemain, il ne restait qu'une grande fatigue. Cela paraît avoir été un accès d'épilepsie.

Telle est l'origine du mal; quant à son évolution, les renseignements fournis par le malade à son entrée diffèrent de ceux qu'il nous a donnés dernièrement.

En 1872, il disait à M. J. Falret qu'à la suite de ce premier accès, il s'en serait reproduit d'autres tous les jours pendant un an; puis, tous les huit jours pendant six mois; puis de nouveau tous les jours, offrant ainsi une sorte d'intermittence. A nous, au contraire, il déclare que son premier accès a été unique, et que ce n'est qu'à l'âge de 46 ans, en 1869, qu'il a eu son deuxième accès. Nous sommes porté à admettre de préférence cette dernière version: en effet, Chér.... a été soldat durant 15 ans et il est probable qu'on ne l'aurait pas gardé aussi longtemps s'il avait eu des crises nerveuses. Un autre fait viendrait à l'appui de cette opinion: en 1863, il est déjà venu à Bicêtre après avoir passé par la Préfecture de police; au bout de 3 mois, il a été transféré à l'asile d'Armentières, et aucun des certificats consignés sur les divers registres ne mentionne l'existence de crises convulsives observées à cette époque.

Ce serait donc en 1869 qu'il aurait eu *son deuxième accès*. Il était infirmier à Saint-Antoine; en rentrant un soir, il se sentit tout à coup mal à l'aise, et, craignant quelque accident, il alla demander dans un poste qu'on le reconduisit à l'hôpital. Il se tenait à peine sur ses jambes et pourtant il n'avait pas bu. Arrivé à la grille, il tomba privé de connaissance, assez brutalement pour casser un banc et se meurtrir les jambes. Ce deuxième accès fut semblable au premier, et suivi d'un délire de deux jours. Le *troisième accès* survint en 1872, alors qu'il retravaillait de son premier état, et fut suivi d'un 4ᵉ quelques heures après. Cette fois, pas de délire consécutif. Il fut obligé de quitter sa place et entra comme infirmier à la Pitié. A ce moment, la maladie prit une marche rapide, Chér..., tombait 5 à 6 fois par jour; il fut envoyé à Bicêtre par M. Féréol.

Durant les premiers mois de son séjour à l'hospice, on nota seulement de *nombreux vertiges* (15 à 20 par jour) et des *hallucinations* pendant la nuit: « la lumière de la salle lui apparaît comme une aile de moulin qui tourne; il voit aussi le voleur, etc. » Il est aussi fait mention sur les registres auxquels nous empruntons ces détails de tremblement de la main, de fourmillements à la plante des pieds. Si on lui faisait regarder le plafond ou fermer les yeux, il tombait. Quand il marchait, il jetait la jambe, ses bras lui faisaient l'effet d'être de plomb; il se plaignait enfin d'un affaiblissement de la mémoire. — Les accès ont eu la marche suivante:

En 1872.	10 accès.
En 1873.	201 »
En 1874.	15 »
En 1875.	1 »
En 1876.	» »
En 1877.	1 »
En 1878.	» »
En 1879.	» »
En 1880.	» »
En 1881.	» »

Etat actuèl (16 août 1881). — Le malade n'ayant plus d'accès depuis plusieurs années, demande à passer dans l'une des divisions de l'hospice, afin d'avoir plus de liberté. Avant de procéder à ce passage, nous avons pris les renseignements qu'on va lire:

Tête remarquablement petite, aplatie latéralement, oblongue, vertex assez saillant ; *microcéphalie* évidente à première vue :

Diamètre antéro-postérieur (compas Budin). . . .	17 cent.
Diamètre transversal.	12 cent. 2.
Circonférence de la calotte.	48 — (1).

La *calotte crânienne* paraît très petite par rapport à la totalité de la tête, si bien que celle-ci représente un ovoïde à petite extrémité supérieure, à grosse extrémité correspondant aux angles du maxillaire inférieur. Le *front* est peu haut (4 cent.), assez large (14 cent.), très fuyant latéralement, il n'est pas aplati sur la ligne médiane et offre la disposition de la grosse extrémité d'un œuf. Les arcades sourcillières sont peu saillantes.

Face régulière ; *nez* aquilin et fort ; *yeux* ordinaires, iris gris-bleu, pupilles égales ; *dents* bien rangées et petites ; *voûte palatine* régulière, symétrique, assez profonde ; *voile*, *piliers*, *amygdales* réguliers ; *luette* très longue; *cou* normal. —*Thorax*. L'épaule droite est portée plus haute que la gauche. Les membres supérieurs et inférieurs sont bien conformés ; il y a une légère atrophie de la jambe droite, qui, autrefois, a subi une triple fracture et que le malade tient continuellement serrée par une bande circulaire « pour la soutenir » ; l'humérus aurait été fracturé aussi une fois ; il n'y a pas de cal manifeste. Au bras droit, cicatrice d'une balle reçue en Afrique, laquelle aurait traversé le biceps.

(1) On verra plus loin, à l'autopsie, que la circonférence du crâne était beaucoup moindre, ce qu'explique l'épaississement exagéré du cuir chevelu.

Organes génitaux : verge très développée, testicules assez gros. Hernie inguinale droite, maintenue par un bandage.

Digestion : appétit bon, digestion facile, pas de vomissements, pas de gastralgie, pas de diarrhée, selles régulières; rate et foie normaux. — *Respiration* : quelques râles sous-crépitants fins aux deux bases des poumons en arrière, sonorité normale. — *Circulation* ; peut-être un léger souffle au premier temps et à la pointe; battements du cœur réguliers.

Sensibilité générale normale et égale des deux côtés du corps. — *Vue* un peu basse depuis quelque temps, mais juste; *ouïe*, *odorat*, *goût*, conservés et normaux. *Force dynamométrique* (Mathieu) : main droite, 37 kil; main gauche, 40 kil.

Peau. Cheveux grisonnants, jadis noirs, assez abondants; sourcils et cils bien fournis, moustache et barbe grises, autrefois châtains, poils roux au pubis; les jambes sont presque glabres. Pas de trace d'adénite, ni de syphilis, de scrofule ou d'eczéma.

Intelligence. A première vue, Chér... paraît assez intelligent; ses yeux sont vifs et parfois le regard est assez malin. Son instruction a été un peu négligée, il sait pourtant lire, écrire et faire les quatres règles. Il était adroit dans son métier; il prétend avoir été sergent dans les chasseurs de Vincennes. Actuellement, il travaille avec la plus grande assiduité au jardin, et gagne le maximum (40 cent. par jour); il économise avec soin, presque avec avarice, l'argent de son gain et passe pour avoir un petit pécule. Il est très sobre ici et ne sort pas. Naturellement gai, il raconte à ses compagnons une suite d'histoires drôlatiques (moyen de faire des petits pains au lait sans lait, etc.,). Il est un peu hableur en ce sens que, quoi qu'il entende raconter, il a toujours vu plus fort, et bâtit de suite son histoire, ce qui indique une imagination assez active. Il est de plus très chiffonnier et ramasse tout dans ses poches. Il porte toujours sur lui toutes ses richesses : une musette en toile pleine de victuailles, de quatre ou cinq porte-monnaies, de tabatières, de papiers, etc., etc.; une grosse chaîne à laquelle sont appendus son porte-monnaie de service, les clefs des jardinets, son couteau; à la boutonnière, son débourre-pipe. Toutes ses poches sont pleines. Il a toujours une canne à la main. On voit par ces détails que ce malade a réellement un cachet tout particulier (PLANCHE II).

23 *août*. On a trouvé hier Chér... *pendu* à un clou dans

la cave d'un employé. Jamais on n'avait remarqué chez lui de tristesse ni d'idées de suicide; au contraire, ces derniers jours, il était tout heureux de passer aux vieillards et de pouvoir, par la suite, sortir librement pour aller voir ses amis. Peut-être était-il un peu soucieux depuis deux jours? Le matin, il avait remis son porte-monnaie à son camarade Monget, en lui recommandant de ne pas l'ouvrir, ajoutant qu'il le reprendrait le soir. A onze heures, il n'avait pas déjeuné et avait seulement bu son vin, il était retourné à son travail à midi et demi jusqu'à deux heures et demie, mais paraissait préoccupé ; ensuite, il est allé à la cantine de la Sibérie avec des amis et là on l'a perdu de vue ; on le croyait retourné à son travail. A quatre heures, heure de la rentrée, on a remarqué son absence et les recherches n'ont fait découvrir que sa veste et sa canne. Enfin, à six heures, on l'a trouvé pendu au moyen d'un cordeau de jardinage, les pieds touchant terre, un tréteau devant lui, le corps encore tiède, mais tout secours fut inutile.

Autopsie, le 24 *août*, à 9 heures et demie du matin. — *Rigidité cadavérique* très prononcée aux quatre membres et également des deux côtés. La *face* est pâle plutôt que congestionnée, les yeux entr'ouverts, mais non saillants; la langue est un peu tuméfiée et son extrémité fait saillie entre la moitié gauche des arcades dentaires. Au *cou* un sillon correspondant en avant à la partie supérieure du cartilage thyroïde, montant latéralement à droite de façon à atteindre à un centimètre au-dessous du cartilage de l'oreille, pour reprendre ensuite une direction horizontale et joindre en arrière la troisième vertèbre cervicale. Du côté gauche, il est horizontal et rejoint directement la même vertèbre. Il est plus profond sur la ligne médiane et latéralement qu'en arrière. A son niveau, la peau est brunâtre ; il est limité par les lèvres tuméfiées et violacées, la supérieure surtout et dans tout le trajet, l'inférieur en arrière seulement. Teint ecchymotique de la région cervicale postérieure et du cuir chevelu, lequel est bouffi, œdématié. Au niveau du sillon, le tissu est lardacé, nacré; le sterno-mastoïdien est déprimé et on ne trouve pas de sang extravasé et coagulé entre les muscles de la région. Sur le corps, aucune trace de violence. Pas trace d'éjaculation : verge semi-turgide.

Tête : *Cuir chevelu excessivement épais.* — *Crâne* très petit. *Calotte* osseuse dure et dense, *peu épaisse*, frontal, pariétaux, minces.—Pas d'asymétrie appréciable de la base du crâne. — *Dure-mère* très épaisse. — Poids total de

l'*encéphale* : 770 grammes. — Pas d'injection de la *pie-mère*. — *Artères de la base*, *chiasma*, *tubercules mamillaires*, *pédoncules*, réguliers, normaux et symétriques. — *Cervelet* et *isthme* : 130 grammes; *cervelet* seul, 110 grammes. — *Hémisphères cérébelleux* égaux, rien à la coupe. — *Protubérance*, *bulbe*, *quatrième ventricule*, rien.

Hémisphères cérébraux. — Le droit a 16 centimètres de longueur; le gauche, tout en paraissant plus court à la vue, donne le même chiffre à la mensuration. Il pèse 5 grammes de plus que le droit.

Hémisphère cérébral gauche. — La pie-mère s'enlève très facilement; le ventricule latéral est petit dans toutes ses cavités; rien à la corne d'Ammon, ni à la coupe des corps opto-striés.

Face externe. — *Lobule de l'insula* peu plissé, 3e *circonvolution frontale* bien dessinée; *première* et *seconde circonvolutions frontales* très courtes et presque confondues; *frontale* et *pariétale ascendantes* régulières ainsi que le *pli courbe*, les trois *circonvolutions temporales* sont nettes; le *lobule du pli courbe*, le *lobule pariétal*, le *lobe occipital* sont très distincts, très simples et sans circonvolution supplémentaire. — D'une façon générale, les circonvolutions sont fermes et remarquablement peu plissées (Pl. III).

Face interne. — La scissure calloso-marginale, les sillons des circonvolutions sont *très profonds*. — La *circonvolution du corps calleux* et la *face interne* de la *première frontale* sont très peu plissées; de même le *lobule paracentral*, dont le sillon est reporté en avant; rien de particulier au *lobe carré* ni au *coin*, qui sont rudimentaires. La 4e et la 5e *circonvolutions frontales* sont nettement dessinées. *Scissures* perpendiculaire, externe et calcarine régulières (Planche IV).

Hémisphère droit. — Décortication facile, ventricule latéral très petit; même disposition que du côté opposé, même simplicité des circonvolutions. Pas de sillon au lobule paracentral; rien à la corne d'Ammon.

Moelle. — Plusieurs coupes n'ont pas fait découvrir de *sclérose des cordons postérieurs*.

Thorax. — Quelques adhérences *pleurales* du côté droit, pas d'ecchymose sous-pleurale. Les poumons s'affaissent incomplètement, ils sont un peu œdématiés. A la coupe, il s'échappe une notable quantité de sang, surtout des lobes inférieurs. Pas d'*emphysème* évident. Les *bronches* sont rosées, un peu injectées; le *larynx* n'offre ni ecchymose, ni fracture. Le *cœur* pèse 350 grammes; pas d'ecchymose péricardique ni sous-endocardique; quelques plaques laiteu-

ses, surtout sur la face antérieure des ventricules; légère surcharge graisseuse au niveau des sillons; tissu ferme, hypertrophie du ventricule gauche, dont le bord externe est tordu en S; la cavité du ventricule gauche est légèrement rétrécie, et sa paroi mesure trois centimètres d'épaisseur à sa base; légère opacité de la valvulve mitrale dont le bord libre est épaissi sur certains points, sans toutefois présenter de nodosités. A l'insertion inférieure d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, on trouve des nodosités calcaires. Dans le cœur droit,accumulation de caillots cruoriques. Sur l'aorte, au-dessous de la carotide primitive gauche, quelques plaques calcaires d'athérome. Rien aux carotides.

Abdomen.—Aucune altération de l'*œsophage*; la muqueuse stomacale offre de nombreuses et fines ecchymoses au niveau du petit cul-de-sac, du grand cul-de-sac, et de la courbure; le *foie* pèse 1450 grammes, pas d'ecchymoses, de kyste, ni de calcul; la *rate* pèse 90 grammes, pas d'ecchymose, ni de périsplénite, normale à la coupe; les *reins* sont égaux, pèsent 175 grammes chacun, se décortiquent facilement et n'offrent aucune lésion à l'œil nu. Aucune altération de la *vessie* ni de la *prostate*. Dans le *testicule* gauche, un petit kyste séreux entre la tête de l'*épididyme* et la *glande*.

Réflexions. — L'histoire de Chér... présente un certain nombre de particularités qui méritent d'être mises en relief.

I. L'*alcoolisme* d'une part, l'existence d'*accidents névropathiques* de l'autre, nous paraissent avoir exercé une action sur la condition cérébrale originelle de notre malade. cette hypothèse trouve encore sa justification dans ce fait que son frère a été atteint d'aliénation mentale.

II. L'épilepsie est survenue à 18 ans, sans aucun prodrome, à la suite d'une peur, sa marche semble avoir été assez singulière. Il y aurait eu une première période durant laquelle on n'aurait observé qu'un accès, suivant une version, un certain nombre d'accès portant sur deux années environ, d'après une autre version. Ensuite, il se serait produit une rémission, qui se serait prolongée jusque vers 46 ans. Peu après le retour des accès, Ch. est entré à Bicêtre où l'on a noté d'abord de nombreux vertiges, puis des accès multi-

pliés (201 en 1873), enfin, une disparition complète des crises en 1881.

III. L'état intellectuel de ce malade n'offrait rien de bien saillant tout d'abord ; mais un examen attentif montrait que si Chér... était doué d'une imagination assez vive, avait une élocution facile, les autres facultés intellectuelles étaient plutôt au-dessous du degré moyen. Ses allures, son bizarre accoutrement, sa manie de collectionner des objets disparates et de peu de valeur, rappelaient ce qu'on observe assez souvent chez les insuffisants, les imbéciles, etc.

IV. L'*examen de son cerveau* est extrêmement curieux ; ce dernier ne pesait que 640 gr. Les circonvolutions sont réduites aux circonvolutions élémentaires ; c'est, en quelque sorte, un cerveau d'étude. — Toutes les circonvolutions sont très distinctes ; il n'y a pas de plis de passage. Des sillons assez profonds les séparent nettement les unes des autres. Notons aussi le développement assez accusé des lobes paracentraux et des lobes carrés. Ces derniers, ainsi que les lobes occipitaux, offraient d'assez nombreux sillons superficiels et les circonvolutions, sans être indurées, avaient, dans une certaine mesure, l'apparence de circonvolutions atrophiées (PLANCHES III et IV).

Nous profitons du fait qui précède pour mettre sous les yeux de la *Société anatomique* le moulage du cerveau d'un autre *microcéphale*, atteint d'*idiotie* et d'*épilepsie*. Ce moulage avait été fait, sur la recommandation de Broca, qui l'avait présenté à la *Société d'Anthropologie*. Les *Bulletins de la Société* ne font que mentionner cette présentation, et ne contiennent aucune note clinique sur le malade, ni aucune description anatomique. Mais, récemment, dans sa thèse inaugurale, M. le Dr Ducatte a étudié ce moulage et en a fait une description minutieuse. D'autre part, l'un de nous, il y a une vingtaine d'années, avait recueilli quelques notes sur le malade qui appartenait au service de M. Delasiauve; et, de plus, il savait que ce vénéré maître avait aussi consacré quelques pages très intéressantes à ce malade dans un mémoire intitulé : *Des principes qui doivent présider à l'éducation des idiots* (page 19).

Nous avons pensé qu'il était utile de rassembler ces divers documents et de reconstituer ainsi une observation qui mérite d'être rapprochée de la première.

OBSERVATION II. — *Père : hébétude passagère, consécutive à une grande application de la musique.—Sœur : idiote. — Deux frères : Mobilité. — Idiotie. — Microcéphalie. — Epilepsie : marche des accès. — Quelques succès d'éducation.—Corps étrangers de l'œsophage; asphyxie; mort. — Autopsie : poids du cerveau,* 650 gr. — *Description du cerveau.*

Edern (Auguste), âgé de 16 ans, est entré à l'asile de Bicêtre (service de M. DELASIAUVE) le 13 janvier 1850.

Antécédents.—Son *père*, employé, paraît assez capable; il serait tombé, pendant un certain temps, par suite de trop grande application à la musique, dans un *état d'hébétude profonde*. Ce serait à ce moment-là que la mère de notre malade serait devenue enceinte de lui. Une *sœur*, morte *idiote*. Deux *frères* bien constitués, mais d'une mobilité extrême.

Examen du malade. — La *tête* est assez bien conformée mais *excessivement petite*, elle est aussi légèrement déprimée au-dessus des sourcils. Tout le reste *du corps* est normalement conformé. Les *organes génitaux*, surtout le pénis, sont très développés ; onanisme ; incontinence nocturne d'urine.

Attitude. — Son *regard* est stupide, sa *démarche*, ses *gestes*, tout en lui dénote la lourdeur et l'hébétement. Il est presque constamment en mouvement, faisant des gesticulations incohérentes; il *salive* de temps en temps.

Parole. — Son vocabulaire est excessivement restreint et se réduit à quelques mots qu'il articule confusément : « *Non, papa, maman, chameau, cochon.* » On est parvenu à l'étendre un peu et à lui faire appeler plus ou moins bien les personnes du service « *M. Dezairs, MMes Morel, Coutarel.* »

Caractère. — Il a des périodes de calme où sa physionomie est douce; dans d'autres, au contraire, il est sujet à des accès de colère difficiles à réprimer. Il a une sorte de besoin d'*approbation* ; il est sensible à la flatterie; un *refus*, une *préférence* provoquent son ressentissement et le rendent maussade et lui font repousser, avec un dédain irrité, les offres les plus séduisantes. La *vue d'objets éclatants*, la *mu-*

sique lui causent une vive impression et lui arrachent des transports frénétiques. « Beau çà! ». En dehors de ces stimulants assez vifs, *son attention est difficile à fixer*.

Ed... est, en outre, sujet à des *accès d'épilepsie* sur l'origine desquels nous n'avons pas trouvé de renseignements.

« Rien n'avait été tenté pour cet idiot dans l'asile, dit M. Delasiauve, lorsqu'un sentiment de bienveillance porta M. Dezairs à s'en occuper. Connaissant son genre d'impressionabilité, il réussit aisément à captiver son intérêt par les modulations variées de divers instruments, et notamment par les sons tantôt bruyants et rapides, tantôt graves et cadencés du tambour. Edern était donc susceptible d'attention. Première conquête. Pouvait-il le devenir de réflexion? C'était une épreuve à tenter. L'achat de quelques jouets pour la Section nous fournit bientôt l'occasion d'expérimentations curieuses.

« Parmi ces jouets, se trouvaient des pistolets canonnières; Edern s'en était épris. Leur détonation le réjouissait : « Beau, ça! » s'écriait-il en riant aux éclats, en trépignant de plaisir et en agitant tumultueusement ses bras; puis, tendant l'oreille pour mieux entendre : « Encore! encore! » ajoutait-il.

« Il apprit d'abord le premier des trois temps dont le tir se compose. Plusieurs séances furent nécessaires. Ses yeux au début erraient vaguement sur l'arme sans s'y fixer. Dès qu'on eut triomphé de cette inattention, on passa au mécanisme de la manœuvre.

« Mais en vain lui maintenait-on la main gauche sur le canon, en forçant l'autre à pousser brusquement la tige; aussitôt qu'on cessait de le diriger, il abandonnait l'instrument, ou du moins l'opération avortait, soit par suite d'une pression incertaine et inégale, soit en raison du déplacement des doigts, venant malencontreusement appuyer sur le bouchon, se prendre dans la corde ou s'interposer entre le manche du piston et l'extrémité inférieure du tube.

« La constance, toutefois, eut raison de l'inaptitude. Edern finit par réussir, et ce succès flatta tellement son amour-propre qu'il fut empressé de renouveler les explosions, et devint fort attentif aux deux phases du chargement, dont il comprit très rapidement la succession. Il put retirer le piston sans obstacle; mais il en fut tout autrement pour l'introduction du bouchon, qu'il faisait entrer dans le tube par le gros bout, en travers ou imparfai-

tement, et qui ne put être surmonté qu'après de nombreuses tentatives.

« Ce développement rudimentaire parut d'ailleurs l'instigateur d'une sorte de réveil intellectuel révélé tout à la fois par des traits moins obtus, une manifestation plus modérée des impressions, et par une certaine initiative. Edern variait spontanément son tir, se servant des deux mains où d'une seule, appuyant la crosse du pistolet sur sa poitrine, sur le parquet ou sur un meuble, imprimant au canon des directions diverses, ripostant aux attaques, et trahissant sa satisfaction quand, feignant d'être atteint, son adversaire lui laissait croire au succès de son tir.

« Le maniement du pistolet-canonnière ne fut pas le seul essai tenté. Edern eut à faire fonctionner un de ces moulins à vent, qui tournent par le va-et-vient d'une ficelle enroulée sur l'axe qui supporte les ailes.

« Céder et reprendre à propos, pour que la rotation s'effectue tour à tour et sans intermission dans un double sens, constituent ici une difficulté qu'on ne surmonte pas toujours immédiatement. L'idiot surtout continue la traction, et le mouvement cesse. A notre vive surprise, Edern s'est formé assez promptement à cet exercice. Une chose plus simple, en revanche, a été plus péniblement obtenue. La résistance d'Edern pour le jet de la boule, dont on fait usage dans les jeux de quilles, a été opiniâtre et longue. Il la laissait rouler à ses pieds, faute, en partie, de pouvoir fixer ses doigts dans les trous. Maintenant, il réussit à lui faire parcourir une certaine distance. Toutefois, cet acte est fait sans rectitude et sa visée demeure incertaine.

« Au jeu de tonneau, le résultat est encore incomplet, mais non tout à fait stérile. Bien que mal lancés ou s'égarant au hasard, en deçà ou au delà du but, ses palets mesurent, en vacillant, une proportion plus exacte. Pour le cerceau, après avoir paru très longtemps étranger au mécanisme de sa marche, il laisse voir, aujourd'hui, la volonté de le conduire. Dans les batteries de tambour, au lieu d'emmêler les baguettes, de les saisir par le gros bout ou le milieu, et d'en atteindre à chaque fois les rebords de la caisse, il commence à alterner le choc des olives à la place voulue et avec une certaine régularité.

« Au gymnase, nous avons, le prenant à part, obtenu en bien des points des progrès relatifs : il monte et descend à une échelle ordinaire, s'y retournant, non sans hésitation, d'avant en arrière et réciproquement ; il se tient à la force des poignets, soit suspendu aux degrés de l'échelle transversale, soit soulevé sur les barres parallèles, ou il se prête

aux mouvements qu'il voit accomplir ; la course volante en rond, la balançoire ont le don de le passionner ; graduellement, il est parvenu à exécuter assez prestement le saut en s'élançant d'une hauteur d'environ un mètre ou en franchissant une corde tendue à *trente* ou *quarante* centimètres au-dessus du sol ; il conduit enfin, sans trop dévier de l'équilibre, une brouette remplie de terre ou de sable.

« Par un effet nécessaire et logique, ces perfectionnements ont heureusement réagi sur les virtualités conceptives, artistiques et morales. Les facilités croissant avec les désirs, la vie commune est devenue tout à la fois, pour Edern, une source d'utiles enseignements et de plaisirs variés. L'imitation spontanée amena chaque jour une conquête imprévue dans les actions usuelles.

« Il a seul appris, pour ainsi dire, à fermer comme à ouvrir les portes et les croisées, à écarter ou à approcher les rideaux, à déployer ou à replier un parapluie, à laver ses mains, et une foule d'autres soins auxquels antérieurement il était incapable de s'appliquer. Dans nos visites auxquelles il s'associe fréquemment, portant avec gravité les cahiers des élèves, s'il nous arrive d'explorer attentivement un malade, lui aussi penche l'oreille pour ausculter, pose la main pour tâter le pouls, et prend son air le plus bénin et son acentuation la plus douce pour témoigner sa compassion.

« L'expansion succédant à l'inertie, une physionomie plus ouverte et plus sereine, une attitude plus décente, moins de tendance à l'irritation et à la colère, des démonstrations plus senties et plus affectueuses, l'enrichissement du langage par une multitude de mots, nés de l'accroissement des pensées et du besoin de les traduire, telle est, au point de vue de la sensibilité, la transformation subie par Edern ; transformation remarquable surtout pour ceux qui peuvent remonter au point du départ. Elle nous laisserait l'espoir et la confiance d'appliquer un jour cet intéressant idiot à quelque fonction utile, si malheureusement les crises nerveuses auxquelles il est sujet ne revenaient, à de courts intervalles, anéantir les forces corporelles, opprimer le jugement et menacer l'existence. »

De 1850 à 1861, Ed... a été atteint de complications et de maladies intercurrentes diverses que nous allons énumérer : en 1853, *varioloïde* ; en juin de la même année, en octobre 1854, en janvier 1855, en novembre et décembre 1857, *congestions méningitiques* succédant à des séries d'accès. A partir de 1857, les accès sont devenus plus

violents et plus nombreux. Voici d'ailleurs leur marche de 1850 à 1860 :

ANNÉES.	ACCÈS.	ANNÉES.	ACCÈS.
1850. . .	3	1856. . .	45
1851. . .	30	1857. . .	151
1852. . .	35	1858. . .	167
1853. . .	64	1559. . .	188
1854. . .	47	1860. . .	180
1955. . .	47		

1861. 25 *novembre* — En mangeant du ragoût de mouton, deux morceaux de côtes se sont arrêtés dans l'œsophage, ont exercé une compression sur le larynx et déterminé la *mort par asphyxie*.

Autopsie. — *Thorax*: engouement pulmonaire ; — corps étrangers de l'œsophage.— Les autres organes n'ont rien offert de particulier.

Le *cerveau* pesait 650 gr. Il a été remis à M. Broca qui l'a fait mouler et déposer au musée de la *Société d'anthropologie*. Voici la description minutieuse qu'en a tracé M. le Dr Ducatte.

Description du cerveau.—« La plus grande longueur du cerveau, 128 millimètres; de l'extrémité frontale antérieure à la scissure de Rolando, le long du bord sagittal, 88 mill.; de la scissure de Rolando à la scissure occipitale externe; 36 millimètres; de celle-ci au pôle occipital, 23 mil.

« La plus grande largeur du lobe frontal, 85 mil.; du lobe temporal, 98 mil.; du lobe occipital, 73 mil. La plus grande hauteur, 60 mil., et la circonférence horizontale, 377 mil.

« La longueur réduite à 100, on a les proportions suivantes: longueur du lobe frontal, 68,75; du lobe pariétal, 28,12; du lobe occipital, 17,96; largeur du lobe frontal, 66,40 ; du lobe pariéto-temporal, 76,56; du lobe occipital, 57,03; la plus grande hauteur, 46,87 ; la circonférence horizontale, 294,53.

« En comparant Edern à la négresse de M. Baillarger, on trouve les différences suivantes proportionnellement à la longueur totale :

« En faveur d'Edern, longueur du lobe frontal, 4,62 ; largeur du même lobe, 2,27.

« En faveur de la négresse, longueur du lobe pariétal, 7,74, et du lobe occipital, 5,95 ; largeur du lobe temporal, 13,65 et du lobe occipital, 3,83 ; plus grande hauteur, 13,99; circonférence horizontale, 8,73.

« Les lobes frontaux sont aplatis et très allongés, mais ils

paraissent moins pointus en avant que ceux de la négresse. La scissure de Rolando est inclinée en arrière dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs qui forment, au niveau de la deuxième circonvolution frontale, avec le tiers inférieur presque vertical, un angle à sommet antérieur; c'est le seul coude de la scissure de Rolando et il est beaucoup plus marqué à gauche. L'extrémité inférieure de la scissure de Rolando s'arrête à une assez grande distance au-dessus de la scissure sylvienne et en arrière de la fosse, comme chez le fœtus de huit à neuf mois (1). La circonvolution prérolandique est très mince et se fusionne en grande partie dans sa moitié supérieure avec la première circonvolution frontale. A droite, elle est divisée vers la moitié, au niveau du premier sillon frontal, par une incisure perpendiculaire sur la scissure de Rolando et continue avec elle, mais non continue avec les extrémités inférieure et supérieure des parties supérieure et inférieure du sillon prérolandique entre lesquelles elle passe. Cette incisure paraît avoir pour analogue à gauche une petite bifurcation antérieure du sommet du coude de la scissure rolandique gauche qui est aussi au niveau de l'extrémité postérieure du premier sillon frontal, mais qui est trop courte pour produire aucune circonvolution prérolandique; de sorte que le premier sillon frontal semble avoir eu, des deux côtés, tendance à se prolonger jusqu'à la scissure de Rolando avec les deux premières circonvolutions frontales, remplaçant par leur extension la circonvolution prérolandique disparue. A gauche, au-dessous de la courte incisure bifurquée du coude rolandique, la circonvolution prérolandique est divisée, dans son quart inférieur, par une incisure transversale continue avec le deuxième sillon frontal et la partie inférieure du sillon prérolandique.

« Le sillon prérolandique est, des deux côtés, divisé en deux parties par l'anastomose de la deuxième circonvolution frontale avec la prérolandique. Sa partie supérieure n'est guère représentée que par des vestiges isolés, d'aspect fœtal; à droite, par une ligne peu marquée qui s'étend obliquement du tiers supérieur de la scissure de Rolando à l'incisure perpendiculaire émanée du tiers inférieur de la même scissure; à gauche, par le sommet bifurqué de l'incisure longitudinale de la première circonvolution frontale, puis, plus bas, par une dépression triangulaire isolée

(1) Ecker. — *Zur Enswicklungs geschichte des Furgen und dunger der grossgeren Hemispheren im Fœtus des Menschen.* In *Archiv. für Anth.* Bd. III, 1870.

entre l'extrémité antérieure du premier sillon frontal et le coude de la scissure de Rolando. La partie inférieure du sillon prérolandique est constituée à droite par un sillon droit, qui s'étend de l'incisure perpendiculaire émanée du tiers inférieur de la scissure de Rolando jusqu'au milieu du bord supérieur de la fosse de Sylvius, et qui est continu à sa moitié avec le deuxième sillon frontal; à gauche, elle est plus courte, elle naît à angle droit du deuxième sillon frontal, de manière à représenter la branche verticale d'un T, dont la branche horizontale gauche serait le deuxième sillon frontal et la branche horizontale droite, l'incisure du quart inférieur de la circonvolution prérolandique dont j'ai parlé; son extrémité inférieure se recourbe en arrière, sur le bord de la scissure de Sylvius, au-dessous de l'extrémité inférieure de la scissure de Rolando.

« La première circonvolution frontale occupe la plus grande partie du lobe frontal, de sorte que les autres circonvolutions du lobe semblent refoulées et atrophiées à son avantage; à droite, elle semble s'étendre jusqu'à la scissure de Rolando en refoulant en bas et en arrière la circonvolution prérolandique. Des deux côtés, elle présente l'incisure longitudinale propre à l'homme; cette incisure est plus longue à gauche, où elle se termine en arrière par une bifurcation qui représente la partie supérieure du sillon prérolandique; à droite, elle gagne obliquement en arrière le bord sagittal de l'hémisphère, sans bifurcation.

« A gauche, le premier sillon frontal est situé au milieu du lobe frontal; simple en arrière, il se bifurque en avant en deux branches dont l'inférieure se recourbe en arrière et en bas pour gagner le bord de la fosse sylvienne en s'unissant au deuxième sillon frontal, de sorte que la deuxième circonvolution frontale est complètement séparée de l'étage orbitaire. A droite, une disposition analogue : le premier sillon frontal est bifurqué aussi à ses deux extrémités ; toutefois, la branche inférieure de l'extrémité antérieure ne se recourbe pas en arrière comme à gauche, mais elle est séparée par un faible intervalle d'un sillon oblique en bas et en arrière, se perdant dans le bord sylvien à peu de distance de l'extrémité antéro-inférieure du deuxième sillon frontal et analogue par sa position à la branche recourbée qui unit à gauche les extrémités antérieures du premier et du deuxième sillons frontaux.

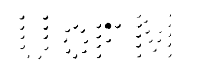
« La deuxième circonvolution frontale des deux côtés est très petite, refoulée de telle sorte par la première qu'elle semble avoir perdu ses connexions normales avec la prérolandique en arrière et l'étage orbitaire en avant. En

arrière, elle s'anastomose par sa très mince racine avec la première circonvolution frontale et la prérolandique. Puis, elle s'anastomose avec la troisième circonvolution frontale comme chez les nègres, séparant ainsi le deuxième sillon frontal en deux parties. Dans sa partie antérieure, la deuxième circonvolution gauche est, comme je l'ai dit, complètement isolée de l'étage orbitaire par la branche recourbée qui unit le premier et le deuxième sillon frontal en avant. Il n'en est pas de même de la deuxième circonvolution droite qui, sur le bord inférieur de l'hémisphère, un peu en avant de la fosse de Sylvius, s'anastomose par deux petits plis à la troisième frontale et à l'étage orbitaire.

« Le deuxième sillon frontal est divisé en deux parties par l'anastomose des deuxième et troisième circonvolutions frontales : une postérieure horizontale, continue en arrière avec la partie inférieure du sillon prérolandique ; une antérieure transversale, bifurquée en haut, se terminant en bas en avant de la fosse de Sylvius, isolée à droite, continue à gauche par son extrémité inférieure avec la branche recourbée émanée de l'extrémité antérieure du premier sillon frontal.

« La troisième circonvolution frontale est divisée de chaque côté en deux parties, antérieure et postérieure, par l'angle supérieur de la fosse sylvienne et l'incisure longue à gauche, rudimentaire à droite, qui en part pour se diriger en haut et en arrière. L'espace compris entre l'extrémité inférieure de la circonvolution prérolandique et cette incisure est ici extrêmement atrophié ; c'est dans la partie la plus postérieure de cet espace qu'est localisée la faculté de la parole : Edern ne put jamais parler. La partie antérieure de la troisième circonvolution, anastomosée largement avec la deuxième circonvolution, paraît fusionnée en avant avec la troisième circonvolution orbitaire, la branche antérieure de Sylvius qui les sépare ordinairement se trouvant ici, sur la face inférieure de l'hémisphère, en partie confondue avec le sillon orbitaire externe.

« A la face inférieure, la première circonvolution orbitaire est mince, limitée par le sillon orbitaire interne rectiligne. La deuxième orbitaire, occupant la plus grande partie du lobe, présente des incisures sous-orbitaires en Y comme chez la négresse de M. Baillarger, c'est-à-dire qu'il n'y a que trois branches de l'H constant chez les primates ; chez le fœtus de huit à neuf mois, l'H commence à se former et est complet comme ici. La deuxième circonvolution orbitaire est séparée de la troisième par le sillon orbitaire externe ; ce sillon se réunit en avant avec la rainure du bord sylvien



et la branche antérieure de Sylvius qui paraît lui faire suite. La troisième circonvolution orbitaire, comprise d'ordinaire entre le sillon orbitaire externe et la branche antérieure de Sylvius, manquerait ici, cet intervalle n'existant pas par suite de la réunion de ces deux sillons. En arrière, le sillon orbitaire externe et le bord sylvien prennent des directions divergentes et limitent la fosse sylvienne dans sa portion inférieure.

« La fosse de Sylvius ne s'étend pas normalement sur la face inférieure de l'hémisphère, et la vallée de Sylvius commence sur le bord externe de cette face. Mais, ici, la fosse semble avoir subi, comme les deuxième et troisième circonvolutions frontales, une dépression de haut en bas et d'avant en arrière, d'où serait résulté son refoulement partiel sur la face inférieure. A droite, la partie inférieure de la fosse sylvienne est presque séparée de sa partie supérieure par le rapprochement du lobe temporal et de la troisième circonvolution frontale, qui ne laissent entre eux qu'un intervalle étroit. A gauche, cet intervalle est plus large. La fosse de Sylvius, bien plus petite à droite qu'à gauche, laisse à découvert l'insula, qui est lisse et non saillante; elle est entourée par la troisième circonvolution frontale, la prérolandique et le lobe temporal. Son angle antéro-supérieur est le point de départ d'une incisure oblique en haut et en arrière, longue à gauche, rudimentaire à droite, qui paraît être la branche ascendante de Sylvius. D'ordinaire, cette branche est verticale ou oblique en haut et en avant; sa direction anormale est peut-être le résultat du trouble du développement du lobe frontal, dans lequel la première circonvolution, qui est énorme, semble avoir refoulé en bas et en arrière les autres circonvolutions et la branche ascendante avec la troisième circonvolution : en effet, ni chez les autres primates, ni chez le fœtus humain, la branche ascendante n'est dirigée en arrière. Chez le fœtus, elle commence à se former vers huit mois par la bifurcation de la branche antérieure primitive; à ce moment, l'ensemble des branches antérieure et ascendante présente la forme d'un Y à longue queue; cette queue diminue de plus en plus, en même temps que les branches s'allongent; mais, ce n'est qu'après la naissance que la queue a tout à fait disparu et que l'Y est remplacé par un V (Ecker, *loc. cit.*); les branches antérieure et ascendante interceptent alors dans la troisième circonvolution frontale un espace angulaire qui est le cap de la troisième circonvolution; ordinairement, le sommet du cap ne reste pas aigu et l'origine des deux branches est séparée par une distance de quatre à cinq millimètres, quelquefois, de sorte

que le V est devenu un U (1). Il semble donc que l'évolution des branches antérieures de Sylvius se fasse de telle façon que leur ensemble présente avant la naissance la forme d'un Y, après la naissance la forme d'un V, puis d'un U. La forme en Y s'observe aussi après la naissance, mais alors c'est sur les cerveaux peu riches en circonvolutions (Broca, *loc. cit.*, p. 20), par conséquent mal développés. Edern présentant les deux branches sylviennes antérieures, il serait rationnel qu'elles eussent la forme en Y, ordinaire dans les cerveaux peu riches en circonvolutions ; mais il n'en est rien ; la branche antérieure et la branche ascendante sont tellement éloignées qu'on ne peut plus même dire que le cap a la forme d'un U. Le développement s'est fait dans un sens anormal ; la troisième circonvolution, fusionnée en partie avec la deuxième, a été refoulée en bas et en arrière par la masse de la première, et l'écrasement du cap l'a aplati et allongé snr le bord de la fosse sylvienne.

« Comment se comportent les deux branches sylviennes antérieures dans la série des primates ? Les deux branches manquent toujours chez les pithéciens ; chez les anthropoïdes, la branche antérieure est constante ; elle existe seule chez le gibbon et quelquefois même chez l'orang et le chimpanzé ; le plus souvent, l'orang et le chimpanzé ont les deux branches, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés ; chez l'homme, les deux branches sont constantes (Broca, *loc. cit.*, p. 22). Chez Edern, la branche ascendante, longue à gauche, est rudimentaire à droite, ce qui lui donne une analogie avec certains orangs et chimpanzés ; mais cette analogie est la seule.

La scissure de Sylvius proprement dite a déjà dépassé, par son extrémité antérieure, la scissure de Rolando, comme chez le fœtus de huit mois (Ecker, *loc. cit.*). Des deux côtés, elle est normalement inclinée en arrière, rectiligne, terminée par une bifurcation rudimentaire. A droite, il n'y a pas d'incisures pariétales, mais une incisure temporale rudimentaire ; à gauche, il y a deux incisures pariétales très rudimentaires, indiquées seulement par une petite dépression triangulaire ; sous le rapport des incisures pariétales, Edern peut être comparé au gibbon et aux pithéciens. (Broca, *loc. cit.*, p. 226).

« Des deux côtés, la circonvolution post-rolandique, verticale dans son tiers inférieur, s'infléchit ensuite en arrière,

---

(1) Broca. — *Sur le cerveau du gorille* ; *sur le grand lobe limbique*, dans *Rev. d'Anth.*, 1878, p. 20.



comme la scissure de Rolando; elle s'anastomose à ses extrémités supérieure et inférieure avec la première et la deuxième circonvolutions pariétales. A droite, elle est mince à ses extrémités et beaucoup plus large à sa partie moyenne. A gauche, elle est presque rectiligne, sans aucune incisure.

« Le sillon post-rolandique est interrompu et continu avec le sillon pariétal, avec lequel il forme une étoile à quatre branches dont le centre est constitué à droite par une profonde dépression. En arrière de cette étoile, une anastomose de la première et de la deuxième circonvolutions pariétales sépare le sillon pariétal en deux fragments : l'antérieur étoilé, le postérieur différent des deux côtés ; à droite, il est horizontal et continu avec la scissure occipitale externe ; à gauche, il est vertical et parallèle à la scissure occipitale externe dont il est séparé par le premier pli de passage superficiel.

« La première circonvolution pariétale présente sur le bord sagittal une incisure courbe qui est la terminaison de la scissure sous-frontale ; chez les hommes et les anthropoïdes, la scissure sous-frontale se termine ainsi, tandis que, chez les autres primates, elle ne dépasse pas le bord sagittal et se termine sur la face interne (Broca, *loc. cit.*, p. 491). A droite, une seconde incisure courbe, postérieure à la première, se continue avec elle. A sa partie moyenne, la première circonvolution s'unit à la deuxième par un petit pli d'anastomose. Chez le fœtus, d'après Ecker et Pansch, le sillon pariétal, de six à huit mois, est formé de deux parties séparées par un espace où les deux circonvolutions pariétales sont anastomosées; ces deux parties se rejoignent de huit à neuf mois, et par suite l'anastomose des deux circonvolutions est supprimée; ce n'est que chez les hommes supérieurs que, dans le cours de la vie, cette anastomose se rétablit par l'atrophie du lobe pariétal qui subit une évolution inverse du lobe frontal et dont les circonvolutions se fusionnent chez Edern ; le petit pli d'anastomose est dû à la persistance d'un état embryonnaire, et sa petitesse indique que les deux parties du sillon étaient sur le point de se rejoindre à ce moment, par suite, il est dans l'état d'un embryon de huit mois environ. La première circonvolution pariétale droite est complètement séparée du lobe occipital, le premier pli de passage était tout à fait profond. A gauche, le premier pli de passage est superficiel, quoiqu'un peu renfoncé; il contourne la scissure occipitale externe pour ne l'interrompre qu'au niveau de la deuxième cieconvolu-

tion pariétale, de sorte que, des deux côtés, la scissure occipitale forme calotte, comme chez les pithéciens.

« La deuxième circonvolution pariétale, mince dans sa partie antérieure qui se continue avec la première temporale, s'élargit vers l'extrémité du premier sillon temporal, dans sa partie postérieure qui présente plusieurs incisures continues avec le sillon pariétal ou le sillon temporal et se continue avec la deuxième temporale. A droite, la deuxième pariétale ne communique pas avec le lobe occipital, le deuxième pli de passage étant tout à fait profond comme le premier; de plus, de ce côté, le troisième pli de passage lui-même est profond et la deuxième temporale est complètement séparée du lobe occipital; le troisième pli de passage est constant et toujours superficiel chez les primates, même les plus inférieurs. A gauche, le deuxième pli de passage est superficiel quoiqu'un peu enfoncé, comme le premier; une dépression longitudinale très superficielle, mais large de 2 ou 3 millimètres, qui part du bord antérieur de la scissure occipitale externe, se prolonge entre cette scissure et la partie du sillon pariétal qui lui est parallèle de ce côté et se continue jusqu'au sillon occipital latéral, sur la limite du lobe occipital, sans être interrompu par les plis de passage qui s'enfoncent légèrement en la traversant; cette dépression est comme une ébauche ou un vestige d'une scissure occipitale primitive analogue à celle du côté droit, où les trois premiers plis de passage auraient été profonds aussi; à une certaine époque, la scissure occipitale gauche aurait donc été semblable à la droite, mais le développement, au lieu d'être arrêté complètement comme à droite, n'aurait été qu'interrompu à gauche, de sorte que, en définitive, le côté gauche présenterait un état d'évolution plus avancé que le côté droit.

« Le premier sillon temporal, presque rectiligne, ne dépasse pas l'extrémité de la scissure de Sylvius en arrière; mais, à droite, deux longues incisures s'enfoncent profondément dans la deuxième circonvolution pariétale; de plus, ce sillon fournit à droite 2 incisures transversales à sa partie moyenne; des deux côtés, il se termine en avant par deux petites incisures bifurquées à une grande distance du pôle temporal. Edern présente d'ailleurs une fusion très remarquable des circonvolutions temporales dans leur partie antérieure, et les trois premiers sillons temporaux ont leur extrémité antérieure à une grande distance en arrière du bord antérieur du lobe temporal. Au contraire, chez la négresse de M. Baillarger, les sillons temporaux s'étendaient en avant jusqu'au bord antérieur du lobe temporal, sépa-

rant les circonvolutions temporales dans toute leur étendue.

« La première circonvolution temporale s'anastomose avec la deuxième temporale en avant et la deuxième pariétale en arrière. La deuxième circonvolution temporale s'anastomose avec la deuxième pariétale en arrière, et, en avant, avec les troisième et quatrième temporales fusionnées; à gauche, elle présente en outre avec la quatrième occipitale une petite anastomose qui sépare le deuxième sillon temporal du sillon occipital latéral. D'ailleurs, à gauche, il n'y a aucun des sillons temporaux qui se continue en arrière avec les sillons occipitaux; il en est autrement à droite, où tous les sillons temporaux se continuent sur le lobe occipital, comme c'est l'ordinaire.

« Les lobes occipitaux sont très petits. Comme je l'ai déjà dit, ils forment calotte, surtout à droite où les trois premiers plis de passage sont profonds; le lobe gauche forme aussi calotte, bien que les plis de passage ne soient pas profonds, parce que le premier pli de passage se trouve au niveau de la deuxième circonvolution pariétale et que, par suite, la scissure occipitale externe n'est interrompue qu'à une certaine distance du bord sagittal de l'hémisphère. Le lobule sus-occipital est limité à gauche par un sillon occipital latéral non continu en avant avec le deuxième sillon temporal, s'étendant horizontalement sur la face postérieure où vient aboutir, au-dessous de son extrémité interne, une branche horizontale qui est la terminaison de la scissure calcarine à la face externe. A droite, le sillon occipital latéral est continu en avant avec le deuxième sillon temporal et la scissure occipitale externe; en arrière, il se termine par une incisure transversale à peu de distance de la scissure calcarine, qui, de ce côté aussi, vient se terminer sur la face externe.

« Entre le sillon occipital latéral et la scissure calcarine s'étend le lobule sous-occipital, formé des quatrième et cinquième circonvolutions occipitales, continues en avant avec les troisième, quatrième et cinquième temporales. La quatrième occipitale s'unit avec les troisième et quatrième temporales fusionnées; la cinquième occipitale avec la cinquième temporale par le pli de passage occipito-hippocampique. A gauche, la quatrième et la cinquième circonvolutions temporales sont séparées par un sillon linéaire qui, en avant, s'arrête à un peu plus d'un centimètre du bord antérieur du lobe temporal, et, en arrière, dans la portion antérieure de la cinquième circonvolution occipitale où la cinquième temporale s'anastomose avec la cinquième occipi-

tale et celle-ci avec la troisième et la quatrième temporales fusionnées. A droite, la quatrième et la cinquième circonvolutions temporales sont séparées par un sillon très long qui, en avant, s'étend presque jusqu'au bord antérieur du lobe temporal, et, en arrière,se bifurque en deux branches dont l'externe sépare la quatrième de la cinquième circonvolution occipitale et l'interne se perd dans la cinquième occipitale, près de l'extrémité antérieure de la scissure calcarine.Chez les singes,chez beaucoup de nègres et d'idiots, la circonvolution temporale se fusionne avec la quatrième dans la partie postérieure et en est séparée en avant par un sillon étendu jusqu'à la vallée de Sylvius et représentant la partie antérieure de la scissure limbique. Chez les hommes des races supérieures, les quatrième et cinquième circonvolutions temporales sont complètement fusionnées en avant, séparées en arrière (Broca, *loc. cit.*, p. 85). Chez Edern, les deux dernières circonvolutions temporales sont presque complètement séparées en avant ; cependant,le sillon ne s'étend pas jusqu'à la vallée de Sylvius, comme chez les hommes inférieurs et les singes. En arrière, la séparation est complète à droite, presque complète à gauche, tandis que, chez les hommes inférieurs, les circonvolutions, séparées en avant, sont fusionnées en arrière. En somme, chez Edern, la fusion est à peine aussi avancée dans son ensemble que chez les hommes des races inférieures et les singes.

« La scissure calcarine droite communique avec la scissure occipitale interne,c'est-à-dire que le pli de passage cunéo-limbique ou rétrolimbique supérieur est profond. Après s'être unie à la scissure occipitale interne, la scissure calcarine, au lieu de se prolonger en avant jusqu'auprès de la fente de Bichat, comme c'est l'ordinaire chez l'homme et les singes,s'infléchit à angle droit, et d'horizontale devient verticale pour se terminer un peu en avant de l'extrémité postérieure du quatrième sillon temporo occipital. De cette déviation en bas de la scissure calcarine, il résulte que le corps calleux communique avec la circonvolution de l'hippocampe par un pli superficiel beaucoup plus gros que normalement chez l'homme et les singes. Ce prolongement vertical de la scissure calcarine représente parfaitement un vestige anormal de la scissure sous-pariétale des mammifères gyrencéphales osmatiques et des anosmatiques aquatiques, qui n'est normalement représentée chez les primates que par un seul vestige, l'incisure sous-pariétale (Broca, *loc. cit.*, p. 488). On peut même dire que la scissure calcarine, au lieu de se prolonger ici dans le grand

lobe limbique comme chez les primates, ne dépasse pas la portion sagittale de l'hémisphère et se termine dans la partie inférieure de la scissure sous-pariétale, comme chez le cheval et le chameau. En effet, chez les osmatiques qui ont un sillon calcarin divisant le pli rétrolimbique en deux portions, c'est-à-dire chez la plupart des pachydermes et chez tous les ruminants, le sillon calcarin ne pénètre pas dans le lobe limbique, il l'atteint chez le chameau et le cheval et ne l'incise que chez les primates (Broca, *loc. cit.*, p. 443). Une disposition analogue se voit chez le fœtus de huit mois (Ecker, *loc. cit.*). La scissure calcarine ne pénètre pas dans le lobe du corps calleux, mais s'infléchit en bas comme chez Edern; elle va même rejoindre le quatrième sillon occipito-temporal, séparant ainsi complètement la cinquième occipitale de la cinquième temporale, de sorte que le pli rétrolimbique inférieur est profond comme le pli rétrolimbique supérieur ou cunéolimbique; au contraire, chez Edern, du côté droit, le prolongement vertical de la scissure calcarine ne rejoint pas le quatrième sillon temporal et ne coupe pas complètement le pli rétrolimbique inférieur, qui reste superficiel. Chez le cheval et le chameau, les deux plis rétrolimbiques sont superficiels.

« A gauche, la scissure calcarine est parallèle à la scissure occipitale interne et en est très rapprochée; son extrémité antérieure se termine en avant de l'extrémité antérieure de la scissure occipitale interne, dans une dépression quadrilatère, dont les angles antérieurs et postérieurs se prolongent en branches étoilées. La branche supérieure pénètre dans le lobule quadrilatère, au-dessus de l'extrémité antérieure de la scissure occipitale interne, dont elle semble représenter la portion antérieure, continue comme d'ordinaire avec la scissure calcarine, mais séparée anormalement de la portion postérieure de la scissure occipitale interne comme par une compression d'avant en arrière. Si on examine le lobe occipital gauche, on y voit un plissement beaucoup plus considérable qu'à droite, les sillons occipitaux sont multipliés, leur continuité ordinaire avec les sillons temporaux est interrompue; la scissure calcarine est devenue parallèle à la scissure occipitale interne, et le cunéus est, par suite, linéaire; il semble que le lobe quadrilatère, très développé, ait refoulé le cunéus en arrière et en bas et produit par cette compression l'interruption de la scissure occipitale interne et le plissement du lobe sous-occipital. De ce côté, comme à droite, la scissure calcarine ne pénètre pas dans la circonvolution du corps calleux; elle s'arrête dans la portion sagittale de l'hémis-

phère, comme chez le chameau et le cheval et comme chez le fœtus de huit mois, d'après Ecker. Mais, de ce côté, le vestige qui représente inférieurement la scissure sous-pariétale ne consiste qu'en une courte incissure courbe, limitant en avant le quadrilatère étoilé où se jette la scissure calcarine. Chez l'idiot de cinquante ans, on verra la scissure sous-pariétale beaucoup plus développée encore que chez Edern.

« En résumé, chez Edern, la scissure calcarine n'incise pas le grand lobe limbique ; il en est de même chez le cheval et le chameau et chez le fœtus de huit mois, d'après Ecker. Chez Edern, le premier pli rétrolimbique est profond, le deuxième est superficiel, tandis que chez le cheval et le chameau, les deux plis sont superficiels, et, chez le fœtus de huit mois, les deux sont profonds.

« Le lobule quadrilatère, formé par la partie interne de la première circonvolution pariétale, présente un sillon sous-pariétal presque vertical qui, à gauche, se recourbe en bas, diminuant beaucoup la largeur du pli pariéto-limbique postérieur ; du même côté, le pli antérieur rejeté sur le bord sagittal est aussi très réduit et très mince. A droite, une incisure continue avec la scissure sous-frontale coupe presque complètement le pli pariéto-limbique antérieur ; Cette incisure est encore un vestige anormal de la scissure sous-pariétale. Chez la plupart des osmatiques, la scissure sous-pariétale se prolonge au-delà du bord sagittal pour constituer le sillon crucial ; quelquefois, elle ne dépasse pas le bord sagittal (Broca, *loc, cit.* p. 450.) Il y a ici une disposition analogue ; à gauche le sillon sous-pariétal vertical se prolonge presque jusqu'au bord sagittal ; à droite, le sillon est vertical, mais plus court et la terminaison du sillon sous-pariétal est représentée par l'incisure continue avec la scissure sous-frontale. Les deux plis de passage pariéto-limbiques, très développés chez les primates, existent aussi chez les carnassiers, où ils représentent le premier degré de la fusion effectuée chez les primates entre le lobe du corps calleux et le lobe pariétal et qui fait disparaître presque entièrement la scissure sous-pariétale ; ils sont généralement profonds chez les carnassiers ; toutefois, le pli antérieur est superficiel chez les chats et le postérieur chez les petits chiens (Broca, *loc. cit.*, p. 450). Le lobule quadrilatère droit présente, en outre, tout le long de sa partie postérieure, une incisure courbe qui se jette dans la scissure occipitale interne et s'étend du bord sagittal de l'hémisphère à la circonvolution du corps calleux.

« La scissure sous-frontale dépasse, en arrière, le bord sa-

gittal de l'hémisphère et se termine à la face externe dans la première circonvolution pariétale, comme chez l'homme et les anthropoïdes, tandis que, chez les autres primates, elle ne dépasse pas le bord sagittal et se termine sur la face interne (Broca, *loc. cit.*, p. 491.) La scissure sous-frontale présente, à droite, une incisure postérieure peu marquée, qui est l'incisure préovalaire. L'incisure préovalaire ne manque que chez les primates les plus inférieurs (Broca, *loc. cit.*, p. 491); or, à gauche, l'incisure préovalaire manque, ou du moins est rudimentaire; de ce côté, on voit une incisure oblique sur le bord sagittal, c'est le prolongement anormal de l'incisure longitudinale de la face externe de la première circonvolution frontale, incisure qui est particulière à l'homme. Des deux côtés, la scissure de Rolando ne dépasse pas le bord sagittal et se termine sur la face externe. En avant, la scissure sous-frontale du côté droit présente deux incisures antérieures dans l'intervalle desquelles vient se terminer une incisure non continue de la face externe: l'incisure sous-frontale la plus inférieure paraît être le rudiment de l'incisure sus-orbitaire supérieure et marque la position du pli de passage fronto-limbique qui est profond; au-dessous de cette incisure, la scissure sous-frontale se courbe en arrière, au-devant du genou du corps calleux. Au-dessous de l'extrémité de la scissure sous-frontale et non continue avec elle, est une grande incisure presque horizontale, continue en arrière avec la rainure du corps calleux; c'est l'incisure sus-orbitaire inférieure. A gauche, la partie antérieure de la scissure sous-frontale est très régulière; elle fournit d'abord à la circonvolution du corps calleux une longue incisure oblique en avant et en bas, puis une incisure antérieure qui est l'incisure sus-orbitaire supérieure à l'état rudimentaire ou l'incisure fronto-limbique, le pli de passage fronto-limbique étant profond comme à droite; au-dessous de cette incisure, la scissure sous-frontale contourne, comme à droite, le genou du corps calleux.

«Au-dessous de cette extrémité de la scissure sous-frontale et parallèlement avec elle s'étend une grand incisure bifurquée en avant, c'est l'incisure sus-orbitaire inférieure. Dans cette région, il y a encore, du même côté, deux incisures isolées, l'une dans la circonvolution du corps calleux au niveau du genou, parallèle à la scissure sous-frontale, l'autre courte et verticale dans la première circonvolution frontale, près de l'incisure sus-orbitaire supérieure. Des deux côtés, le pli fronto-limbique est profond et l'incisure sus-orbitaire supérieure est rudimentaire comme chez le

cynocéphale papion de M. Broca (*loc. cit.*, p. 490); l'incisure sus-orbitaire inférieure est longue et normale, sinon que son extrémité postérieure est à gauche continue avec la rainure du corps calleux et son extrémité antérieure bifurquée à droite. Les anomalies de cette région ne constituent pas des caractères particulièrement simiens ou embryonnaires. (PLANCHE V).

Nous n'avons voulu rien changer à cette longue et minutieuse description, afin qu'on puisse avoir une idée très nette du cerveau d'Edern et la comparer avec la description et les planches relatives au cerveau de Cher...

On sait que Carl Vogt et Darwin ont attribué la *microcéphalie* à l'influence de l'atavisme. Suivant eux, la microcéphalie « serait un retour à l'état simien du crâne et du cerveau ». Nous n'entrerons pas aujourd'hui dans la discussion de cette théorie et nous nous limiterons aux remarques suivantes :

1° Dans ces deux cas, la microcéphalie est indubitable, puisque, d'après Broca, la microcéphalie commence lorsque le cerveau pèse 1049 gr. chez l'homme et 907 gr. chez la femme. On se rappelle que le cerveau de nos malades ne pesait que 640 et 650 gr.;

2° M. Potain a écrit que « la microcéphalie qui consisterait en un cerveau trop petit, mais régulier et proportionné dans toutes ces parties, *est absolument problématique.* » Les deux observations qui précèdent semblent démontrer que cette opinion est erronée ;

3° Au dire de Gratiolet « les microcéphales constituent une catégorie particulière de nains ne dépassant guère la taille des enfants de 10 ans... « Edern avait une taille bien au-dessus de la moyenne et Ch... mesurait 1^{m} 65 ;

4° Ducatte pense que « chez les microcéphales, il y a toujours, avec ou sans atrophie des organes génitaux, absence complète de manifestations génésiques, à l'exception, toutefois, de Conrad Schuhelndreyer (1) qui, une

(1) Vogt. — *Mém. sur les microcéphales*, p. 26.

seule fois, eut l'air de vouloir violer la femme de son frère et de la Paria indoue, de Shortt, qui eut, paraît-il, un enfant mort-né. » L'état et le fonctionnement des organes génitaux, chez nos deux malades, ne confirme pas cette opinion.

Comme on le voit par ces quelques remarques, l'histoire de la microcéphalie est loin d'être faite. C'est avec des observations bien prises, des descriptions précises du cerveau, accompagnées de planches dessinées avec soin que l'on y parviendra (1).

---

(1) Ces deux observations ont été communiquées à la *Société anatomique* en décembre 1881.

II.

Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon ; guérison par l'hydrothérapie.

Par **BOURNEVILLE** et **E. BONNAIRE**.

Il y a deux ans, nous avons publié dans le *Progrès Médical* (1880, p. 949) avec notre malheureux ami M. d'Olier l'observation d'un jeune garçon, de notre service, atteint d'hystéro-épilepsie et offrant, à un haut degré, tous les caractères de cette maladie chez la femme ou la jeune fille (1). Dans le cours de la même année, l'enfant, dont on va lire l'histoire, nous fut amené, à la consultation de Bicêtre, par ses parents. Il n'a pas séjourné dans nos salles ; aussi son observation est-elle assez incomplète, à certains égards, notamment en ce qui concerne la description des attaques et les modifications successives de la sensibilité.

Observation. — *Père et grand père paternel nerveux et migraineux.— Mère : convulsions et torticolis spasmodique dans l'enfance. — Tante maternelle idiote. — Consanguinité.— Frère et sœurs morts de convulsions. Convulsions à 9 mois. — Impressionnabilité très vive ; cauchemars.— Hystéro-épilepsie (février 1880). — Etat du malade en mars : hémianesthésie sensorielle. — Zones hystérogènes (clou hystérique, etc.), prédominant à gauche. — Description des attaques ; marche. — Traitement par l'hydrothérapie. — Guérison.*

Ron..., Fernand, âgé de 13 ans, demeure au Kremlin, près Bicêtre.

---

(1) Nous avons revu en mai dernier cet enfant, Lam... : il n'a pas eu de nouvelles attaques ; sa santé est excellente.

Renseignements fournis par son père. — *Père*, 42 ans, garçon de bureau à la Ville depuis 10 ans ; auparavant, il était coiffeur. Il n'a jamais fait d'excès de boisson ni de femmes et ne présente pas d'antécédents morbides diathésiques, sauf des atteintes de migraine, de 10 à 14 ans. Vers l'âge de 10 ans, il a eu des accidents pulmonaires qui ont nécessité un séjour au lit de six ou huit mois ; à 22 ans, fièvre typhoïde. Très nerveux et très impressionnable, il était sujet à des accès de colère, principalement lors des premiers temps de son mariage, c'est-à-dire à l'âge de 30 ans. Aujourd'hui il se montre très préoccupé de l'état de son fils. [*Père*, 81 ans, sabotier, bien portant. Il n'a jamais eu d'accès d'aucune sorte ; il a eu des attaques de *migraine* entre 30 et 40 ans ; de plus, il est enclin à des accès de colère, tels que dans l'un d'eux il a failli, un jour, tuer un de ses frères. *Mère*, 79 ans, asthmatique, a conservé toute son intelligence. Pas d'excès ni de manifestations névropathiques. Un *frère* bien portant a été atteint d'un eczéma du pied qui reparaît encore de temps à autre. Aucune affection mentale ou nerveuse dans la famille.]

Renseignements fournis par sa mère. — *Mère*, 40 ans, institutrice ; bien portante, assez impressionnable. Elle a eu des *convulsions* à un an ; un *torticolis spasmodique* qui s'est reproduit sept à huit fois pendant la dizième et la onzième année avec une durée variable d'une ou deux heures à un jour ou deux ; une *fièvre typhoïde* grave, à forme ataxique avec *convulsions* à l'âge de 7 ans. Elle s'est mariée à 26 ans ; elle a souffert de *névralgies* de la tête qui sont aujourd'hui en voie de diminution. [*Père*, mort à 67 ans, d'une fluxion de poitrine ; ni excès, ni troubles nerveux. *Mère*, morte à 49 ans, à la ménopause, d'une affection qui a duré six mois, accompagnée d'œdème des extrémités. Deux *sœurs*, l'une morte à 18 mois, d'un choc sur la tête ; l'autre à 4 mois et demi : celle-ci était « comme idiote », état qu'on attribuait aux peurs qu'avait éprouvées la mère, lors des évènements de 1848. Pas d'autres accidents nerveux dans la famille.]

Consanguinité. — Le père et la mère sont cousins germains, issus du frère et de la sœur.

Cinq enfants : 1° Notre malade ; — 2° fille, morte d'une *méningite* à 9 mois ; — 3° garçon, âgé de 9 ans, de constitution délicate, *très nerveux*, né pendant la guerre de 1871 ; — 4° garçon âgé de 7 ans, bien portant, paraît moins nerveux que le précédent ; — 5° garçon mort à 2 mois 1/2 de *convulsions* qui avaient débuté dès le deuxième mois. La

grossesse avait été troublée par des émotions dues à des querelles de famille.

Notre malade. — Grossesse assez bonne. Toutefois, entre le troisième et le quatrième mois, la mère a éprouvé une vive contrariété à l'occasion d'une querelle avec sa belle-mère. Naissance à terme; accouchement au forceps après 27 heures de travail. L'enfant fut élevé au sein pendant les trois premiers mois, puis au biberon jusqu'à 30 mois. A neuf mois, il a eu des *convulsions* qui se reproduisirent pendant deux ou trois mois. Les premières étaient violentes et duraient parfois une nuit entière.

Dans la première enfance, avant cinq ans, notre malade fut atteint de rougeole et de *variole*, bien qu'ayant été *vacciné*. Avec la croissance et avant le début même de l'affection, se développèrent les troubles psychiques : l'enfant devenait irascible, très impressionnable, s'effrayant pour un rien. C'est ainsi que, même plus âgé, il refusait d'aller seul aux cabinets, la nuit, bien qu'il ne dût pas pour cela sortir de l'appartement. Le *sommeil* était agité et deux ou trois fois on constata des *cauchemars* (terreurs, cris, crainte des voleurs). Depuis le début de la névrose, le sommeil est resté mauvais. « Hier encore, nous dit la mère, il a eu une crise dans la soirée; il voulait ouvrir la fenêtre pour se jeter dans la rue et demandait un couteau pour s'ouvrir la poitrine; comme on le voit, dans son délire, il a souvent des idées de suicide. Tout le reste de la nuit, il a été agité, poussant de temps à autre quelques cris d'effroi, quelques plaintes, ou bien se mettant sur son séant dans le lit. Il n'y a pas eu de sommeil à proprement parler. Au réveil, il ne se souvenait pas d'avoir demandé un couteau pour se frapper. »

Notre malade n'a pas présenté d'autres antécédents morbides que ses accidents névropathiques jusqu'à ce jour. En 1875, il est entré en pension et y resté jusqu'en février dernier.

L'*hystérie* a commencé à se manifester sous forme d'attaques en février 1880. La première a eu lieu le 6 février et a surpris l'enfant pendant son travail, à l'école de Vitry; elle aurait débuté par une sensation de « tournoiement de tête » et, après une durée de deux heures, se serait terminée par des chants, des pleurs et des rires. La seconde s'est manifestée le 8 février, à la fin d'un repas, et a débuté par un étourdissement. On a constaté alors, la perte de connaissance, les convulsions cloniques, le grand arc de cercle; il y a eu plusieurs reprises, mais pas de cris, ni de

pleurs pendant cette crise qui a duré une heure et quart. Le 17 février, troisième attaque pendant une heure et demie; même mode de début et mêmes phénomènes que pour la précédente.

Etat actuel (1er *mars*). — Les fonctions digestives sont normales, sauf une tendance très marquée à la constipation. L'auscultation du cœur décèle un léger souffle au premier temps, à la base; l'impulsion cardiaque est forte; il y a parfois des palpitations. Quelques poils au pénil; un peu d'icthyose sur le ventre.

La *sensibilité générale*, dans ses divers modes, est conservée et elle paraît égale des deux côtés. Il n'en est pas de même pour les *sens spéciaux*. A gauche, le malade ne perçoit pas le tic tac de la montre, tandis que la sensation est parfaite à droite; l'œil gauche ne peut reconnaître les couleurs qu'on lui présente, exception faite pour le jaune de saturne; « il y a quelque chose qui le trouble. » Il ne peut non plus distinguer les lettres, même celles qui forment le titre d'un journal. La vue est normale à droite. Le sens de l'odorat est légèrement affaibli à gauche. Le goût est obtus du même côté. — La sensibilité de la *muqueuse buccale*, au toucher, est un peu plus obtuse du côté gauche; il en est de même pour la muqueuse oculo-palpébrale.

Les *facultés psychiques* sont intactes; le caractère est doux et affectueux; l'enfant montre de l'aptitude au travail. Il n'aurait pas d'habitudes d'onanisme.

Examen des zones hystérogènes. — Il existe différentes zones chez notre malade, au niveau desquelles la pression digitale est très douloureuse. En procédant de haut en bas, on rencontre les suivantes: 1° *Clou hystérique*, sur une surface ayant les dimensions d'une pièce de ciquante centimes, siégeant à 2 centimètres en avant du vertex. Il n'y a pas de douleur spontanée, mais la pression détermine une sensation pénible dans toute la tête. Le clou hystérique participe à la crise nerveuse, en ce qu'il devient douloureux vers la fin de l'aura. 2° *Rachialgie* au niveau de l'apophyse épineuse des cinquième et sixième et surtout septième vertèbres dorsales; il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée à ce niveau, ni de douleurs spontanées; la pression donne au malade la sensation d'un tapotement qui répondrait dans toute la poitrine. Cette zone envahit les gouttières vertébrales correspondantes, également des deux côtés. 3° Zones symétriques à droite et à gauche dans le cinquième espace intercostal, à égale distance du sein et de la ligne axillaire. Il n'y a ni douleur spontanée, ni hy-

peresthésie cutanée, mais la pression du doigt donne lieu à des douleurs lancinantes qui s'irradient jusque dans l'abdomen. 4° Point douloureux dans le septième espace intercostal gauche, à quatre ou cinq centimètres du rachis. 5° Zone au-dessus de la poignée du sternum sur une hauteur de quatre centimètres. 6° Points hystérogènes symétriques au niveau des flancs. 7° Zones au niveau des deux régions répondant à peu près au centre des fosses iliaques et correspondant aux zones « ovariennes » ; celle de gauche est la plus nette. Dans la recherche de ces différents points hystérogènes, on n'a pas essayé de provoquer d'attaques par une pression prolongée (1).

Aura.— L'enfant déclare avoir la sensation d'une boule qui partirait de la partie médiane du pénil (il ne sait dire si elle part du testicule), remonterait verticalement à l'épigastre et de là au niveau du larynx. Cette boule l'étrangle, l'empêche de respirer. Cette sensation durerait 4 ou 5 minutes. Puis, il lui semble que les paupières se ferment ; il a des éblouissements : tous les objets tournent autour de lui ; ils ont leur couleur et leur forme naturelle ; il éprouve une douleur frontale (rien daus les tempes) ; il entend « un tapage » des deux côtés ; le *clou hystérique* devient très douloureux et aussitôt il perd connaissance.

Les attaques revenant à des heures presque régulières et durant un assez long temps, nous convînmes avec les parents qu'ils viendraient chercher, aussitôt qu'elles apparaîtraient, M. d'Olier, alors interne du service. C'est ce qui fut fait, et, le 2 mars, d'Olier fut témoin d'une série d'attaques que nous allons décrire d'après ses notes, consignées sur l'observation.

Description d'une attaque complète (2 mars). L'attaque débute à 7 h. 35 du soir après un dîner où l'enfant a peu mangé et durant lequel il a été pris plusieurs fois d'un tremblement de la mâchoire inférieure. A la fin du repas, il annonce un malaise mal défini au niveau du bas-ventre et une sensation d'étourdissement. On le porte sur son lit et presque aussitôt, il éprouve une sorte de strangulation et porte la main à la gorge comme pour se débarrasser d'un obstacle. On entend en même temps un sifflement laryngien. Surviennent alors des vagues abdominales, et, dans un dernier renseignement l'enfant nous dit qu'il sent sa

(1) Voir dans l'*Iconographie phothographique de la Salpêtrière* (tome III) une description complète des *zones hystérogènes*.

boule lui remonter vers la gorge et, à ce moment, il perd tout à fait connaissance.

Rigidité passagère; puis, convulsions cloniques débutant par un petit arc de cercle, ensuite grands mouvements. Nouveau sifflement laryngien ; l'enfant crie « oh la la! » ; il n'entend rien de ce qu'on lui dit.

Puis,il se met à rire et délire.—Nouveaux grands mouvements cloniques; rires. — Hallucinations de la vue. On imite devant lui « Guignol. » Il comprend, rit et imite. Répète: « oh la la ! » à plusieurs reprises.

Nouvelle crise, avec grands mouvements: il semble vouloir se jeter à bas du lit. — *Grand arc de cercle.* Douleur vive à la pression au niveau de la zone hystérogène dorsale. — Grands mouvements ; rire et imitation. — Attitude passionnelle ; colère.Veut mordre ceux qui l'environnent. Reprise des convulsions cloniques; l'enfant veut prendre mon cahier; mord un mouchoir; crie: « Emile. » Nouveaux grands mouvements. Rires. Repos.

Le malade essaie de mordre; crache; rit; chante. Il ne répond rien aux questions qu'on lui adresse. Il pousse des cris de rage contre moi et ceux qui le maintiennent, frappe, insulte. Il rit quand on imite devant lui les marionnettes avec les doigts. On lui demande par écrit s'il veut marquer sur le papier ce qu'il ressent; il prend brusquement la feuille et le crayon et écrit «non.» Aussitôt après, accès de rage, il mord; les marionnettes l'amusent.

Les autres soirs il reconnaissait son père à la bague qu'il porte au doigt; il n'en est rien en ce moment, et il frappe son père comme les autres personnes. — Il se mord lui-même.

Attaque : 1° légère contracture du bras ; — 2° grands mouvements. — Il fait mine de frapper et veut s'élancer sur moi; un instant après,il profère des insultes grossières. Il boit avidement de l'eau qu'on lui présente, mais au moment d'avaler le sucre, il est atteint d'un spasme œsophagien. Puis il rit et cherche à imiter les marionnettes, qu'on fait passer sous ses yeux; il répète plusieurs fois le mot: « polichinelle » et pousse de grands éclats de rire. Il déchire ses vêtements, crache et donne des coups de tête.

Ici, survient une rémission de plusieurs minutes. Une nouvelle crise se déclare : l'enfant en me voyant écrire, dirige vers moi un regard féroce, et me crache à la figure. A ce moment, il reconnaît son père à sa bague et l'embrasse ; il sourit à sa mère.

Les membres inférieurs sont fléchis et toute tentative d'extension provoquée détermine une douleur vive. Cris de

rage, coups, sanglots; regard féroce; déglutition des liquides rendue très difficile par le spasme œsophagien.

A ce moment, les marionnettes le mettent en rage; il crie, regarde sa mère d'un air furieux et fait mine de cracher sur elle. Puis, il s'amuse de sa mère « qui lui fait coucou » en se cachant. Hallucinations de la vue. Chantonnement.

Surviennent tout à coup de nouveaux cris de fureur; il montre le poing, fait le geste de frapper et se couche sur le ventre en insultant quiconque le touche. Il me jette un oreiller à la tête; me fait signe qu'on lui a fait mal à la jambe.

Les zones hystérogènes se montrent beaucoup plus sensibles que dans l'intervalle des attaques: La douleur est particulièrement vive à la pression dans la fosse iliaque gauche. Nouvelles exclamations grossières; il prononce ces mots: « Je te f... des coups de poing. » Il déchire un papier qu'on lui présente, puis rit à la vue des portraits qu'on met sous ses yeux et fait signe qu'il veut les embrasser. Nouvelles menaces avec le poing. Il semble souffrir alors qu'on lui maintient le cou de pied avec les mains.

Sous l'influence d'une aspersion d'eau froide, l'état d'agitation se calme un peu. Il entend ce qu'on lui dit; reconnaît son père à sa barbe et l'embrasse. Il veut se lever et s'en aller.

Nouvelle attaque: Grand arc de cercle; à ce moment, pouls: 92. Réponses injurieuses; il crache; s'amuse beaucoup des marionnettes. Violente colère contre un voisin qui est venu pour le maintenir.

Il veut atteindre le ciel du lit, et pour cela fait un amas d'oreillers sur lesquels il veut monter; joue au cheval avec son père; s'agace contre son ombre qu'il ne peut atteindre. Il chante à tue-tête, et comprend ce qu'on lui dit; on lui donne papier et crayon, et aussitôt il se met à écrire. Après il annonce qu'il sent sa boule descendre, et montre du doigt le trajet qu'elle suit, jusqu'au milieu du ventre. Puis il se recouche, et s'endort deux minutes après. La série est finie; elle a duré une heure et un quart. A son réveil, le malade ne se souvient nullement de ce qui s'est passé. On lui présente le papier sur lequel il a écrit et ne le reconnaît pas. Il éprouve une sensation de brisement général, avec céphalalgie.

A partir du 17 février, jusqu'au 2 mars, date de la crise, qui est rapportée plus haut, les attaques reviennent alternativement à midi et à sept heures du soir; le 20, le 29 février et le 1er mars, elles ont lieu le soir vers sept heures.

Les jours suivants, elles se succèdent à peu près avec les mêmes caractères, mais le moment de leur apparition varie régulièrement chaque jour avec environ une demi-heure d'avance sur celle du jour précédent. Une seule fois il a eu deux séries dans la même journée, dont l'une, dans l'après-midi, a été très courte. Il faut d'ordinaire deux ou trois personnes pour le maintenir. La *période de délire* comprend deux phases : tantôt il se met en colère, injurie, etc.; tantôt il chante, rit, cause avec un camarade imaginaire, lui dit qu'il est allé en ballon, etc.

10 *mars*. Attaque à 4 heures du soir. Au début on note un changement de physionomie, de la pâleur avec de petits mouvements spasmodiques de la face. Puis, surviennent la rigidité, les grands mouvements, l'arc de cercle. Le malade saute sur son lit et cherche à se glisser sous ses matelas.

L'*insensibilité* est très marquée *à gauche*, quoique incomplète ; de ce même côté les réflexes sont moins accusés qu'à droite ; le mouvement giratoire se fait sur le côté gauche. Il existe un point très douloureux sous l'hypochondre droit. L'attaque cesse instantanément quand on souffle sur le visage du malade, pour reprendre quelques moments plus tard, par les grands mouvements. L'attaque aujourd'hui dure deux heures. Survient une série de crises de deux à trois minutes chacune, dans lesquelles le phénomène prédominant est la *rigidité*, qui, dans les autres attaques, était tout à fait fugace.

13 *mars*. L'attaque d'hier a eu lieu à 9 heures du soir, différente des précédentes en ce que le moment de son apparition s'est trouvé en retard au lieu d'avancer sur celui des journées antécédentes. *Traitement* : quatre capsules de bromure de camphre du Dr Clin ; bains d'une demie heure ; gymnastique ; vin de quinquina ; dragées de protochlorure de fer.

14 *mars*. A huit heures du soir, survient une crise unique de cinq minutes de durée. Il n'y a pas eu de convulsions cloniques ; l'enfant est resté *raide* quelques instants puis a recouvré connaissance.

15 *mars*. Pas d'attaque. Le sommeil est agité ; le malade se tourne contamment dans son lit, mais il n'y a ni délire, ni secousses convulsives.

16 *mars*. Pas d'attaque. L'état général de l'enfant est excellent.

22 *mars*. La semaine précédente il y a eu une attaque deux jours de suite, avec une durée d'une heure. Pendant cette semaine même les crises ont reparu tous les jours

avec les mêmes caractères, mais ont été d'une durée variant de dix minutes à une heure. — 16 *avril. Douches.*

21 *mai.* Les points hystérogènes paraissent un peu atténués et se montrent moins sensibles à la pression. Au niveau de la zone dorsale, la sensibilité à la chaleur paraît diminuée à droite.

1er *décembre.* Pendant tout l'été jusqu'à ce jour, l'enfant a régulièrement pris des douches, d'abord une seule, puis deux par jour. Les attaques sont devenues beaucoup plus rares ; c'est ainsi que dans le mois de novembre il n'y en a eu qu'une de trente minutes.

On note ce matin une hémianesthésie de la moitié droite du corps : le chatouillement, la piqûre, la projection d'eau froide ne sont pas perçus. L'examen s'étant prolongé, on constate que la sensibilité a en partie reparu, depuis l'épaule jusqu'à la fesse; mais l'anesthésie persiste néanmoins à la face et au cou de ce côté. La sensibilité a reparu surtout dans les points où on a produit une excitation énergique (piqûre, pincement, *transfixion*, etc.). Une heure et demie après l'examen, la sensibilité se montre plus nette sur les points où elle a reparu.

1881. — 25 *avril.* La sensibilité est normale et égale des deux côtés; l'enfant n'a pas eu de crises depuis le 13 décembre 1880. Il reprend les douches depuis deux jours.

13 *octobre.* Les attaques ont complètement cessé. Le caractère s'améliore, bien que notre malade soit jaloux d'un de ses frères, sans raison. De plus, il montre peu d'ardeur au travail. Les fonctions digestives sont normales; de temps à autre cependant, on est obligé de lutter contre la constipation par de légers minoratifs. Il y a deux semaines, on a craint le retour des attaques, à la suite de deux nuits agitées, avec rêves et cris de terreur, phénomènes qui jadis annonçaient les crises.

On continue le traitement par les douches, administrées régulièrement, par la gymnastique, le fer et le vin de quinquina.

1882. *Janvier-Août.* —L'enfant a pris ses douches jusqu'en décembre dernier. Il n'a pas eu d'attaques. Sa santé générale est très bonne.—Les *attaques* ont eu la *marche* suivante :

Mois.	Dates.	Durée des attaques.	Mois.	Dates.	Durée des attaques.
Mars.	17		—	25	40 —
—	18		—	28	70 —
—	22	75m (en 1 série).	—	29	15 —
—	24	10 —	—	20	85 —

Mois.	Dates.	Durée des attaques.
Avril.	1	5 —
—	3	60 —
—	4	80 (en 2 séries).
—	5	95 —
—	6	90 —
—	7	125 —
—	8	165 —
—	9	100 —
—	10	90 —
—	11	110 —
—	12	75 (en 1 série).
—	13	65 —
—	14	95 —
—	17	110 —
—	18	70 (en 2 séries).
—	19	80 (en 1 série).
—	20	75 —
—	22	70 —
—	22	30 —
—	23	45 —
—	25-27	99^{m} —
—	28	81 —
—	29	45 —
—	30	40 —
Mai.	1-2	45^{m} —
—	3	85^{m} (en 3 séries).
—	4	40^{m} —
—	5	50 (en 2 séries).
—	6	30 —
—	7	30 (en 1 série).
—	8	20 —
Mai.	9	30 (en 1 série).
—	10	10 —
—	11	15 —
—	12	55 (en 4 séries).
—	14	70 (en 3 séries).
—	16	30 (en 1 série).
—	17	5 —
—	18	28 (en 2 séries).
—	19	105^{m} (en 3 séries).
—	20	30 (en 2 séries).
—	21	28 —
—	22	33 —
—	23	10 (en 1 série).
—	13	18 (en 2 séries).
—	25	5 (en 1 série).
—	26	10 —
Juin.	2	5 —
—	3	10 —
—	4	35 —
—	5	48 (en 3 séries).
—	6	10 (en 1 série).
—	7	5 —
—	8	3 —
—	11	37 (en 4 séries).
—	18	45 (en 3 séries).
—	23	30 —
—	24	25 (en 2 séries).
—	26	35 —
—	28	20 (en 1 série).
—	29	20 (en 2 séries).
—	30	10 (en 1 série).
Juillet.	1	10 —
—	3	42 (en 5 séries).
—	4	10 (en 1 série).
—	7	25 (en 2 séries).
—	9-10-12	10 (en 1 série).
—	15	22 (en 2 séries).
—	17-18-24	20 (en 1 série).
—	27	30 —
Juillet.	28	16 (en 2 séries).
—	29	10 (en 1 série).
—	30	35 —
Août.	4	30 —
—	9	15 —
—	11	28 —
—	15	15 —
—	21	30 —
—	27	18 —
—	29	10 —
Septemb.	5	25 (en 2 séries).
—	7-8	5 (en 1 série).
—	13	18 —
Sept.	17	35 (en 2 séries).
—	23	30 (en 1 série).
—	26	10 —
Octobre.	8	15 —
—	10	5 —
—	11	10 —
—	22	9-9 secondes.
—	27	3 (en 1 série).
Novemb.	26	30 —
Décemb.	4	5 —
—	12	10 —
—	13	12 —
Janvier.	»	» —

Les détails que nous avons donnés sur les ascendants

du jeune Ron... permettent d'attribuer à l'*hérédité* une grande influence sur la production de l'affection convulsive. Ajoutons que cette influence s'est trouvée en quelque sorte doublée par la *consanguinité*.

Après s'être traduite par des *convulsions*, une impressionnabilité très vive, des *cauchemars*, la diathèse nerveuse s'est manifestée par des *attaques d'hystéro-épilepsie*. Bien qu'elles n'aient pu être observées d'une manière suivie, ce que nous en connaissons ne laisse aucun doute sur leurs principaux caractères.

La *période de rigidité* paraît avoir été toujours assez courte ; toutefois, son existence est indubitable, car, dans les notes que les parents nous ont remises, nous trouvons celle-ci : *toujours raide dans le début.* » La *période clonique* était, au contraire, prolongée et s'accompagnait généralement de l'*arc de cercle*. Les *contorsions* étaient multiples et variées, ainsi que les *attitudes passionnelles*. La *période de délire* était, elle aussi, parfaitement caractérisée.

Enfin, les attaques étant finies, la connaissance semblant revenue, l'enfant avait parfois des *hallucinations de la vue* (7 avril 1880).

L'*aura*, les *zones hystérogènes*, l'*hémianesthésie* avec ses alternatives d'intensité, sa transposition d'un côté à l'autre, se sont présentées ici avec les caractères classiques. Signalons seulement l'intervention du clou hystérique dans la succession du phénomène de l'aura, phénomène que nous avons déjà mentionné et sur lequel l'attention des auteurs ne paraît pas s'être fixée.

La *période des contorsions*, les *injures* adressées par le malade aux personnes qui l'entouraient, ses efforts pour se mordre, ou pour *mordre* les assistants, pour leur *cracher* au visage, rappellent point pour point ce que les historiographes anciens nous racontent des *possédées*.

Que l'on considère les *symptômes permanents*,

l'*aura* ou les *attaques*, et qu'on les compare aux observations recueillies soit sur des femmes, soit sur des jeunes filles atteintes de la grande hystérie et on se convaincra, comme nous, de la complète analogie de tous les symptômes.

Le *traitement* a consisté à l'origine en toniques, en capsules de bromure de camphre, en bains et exercices gymnastiques (1). Puis, dès que cela a été possible, nous avons donné des douches froides, en pluie et en jet, d'abord de 30 secondes, ensuite de 40. Du 16 avril au 3 mai, elles ont été administrées d'une façon irrégulière, les parents cédant aux caprices de leur enfant; mais, nous avons triomphé de leurs craintes et, à partir du 3 mai, le *traitement hydrothérapique* a été rigoureusement suivi ; — dans le courant de l'été, l'enfant a pris deux douches par jour. Elles ont été suspendues en janvier, février et mars 1881, recommencées en avril et continuées sans interruption jusqu'à la fin de cette année.

A dater du mois d'août 1880, les séries d'attaques ont été plus rares et surtout plus courtes et elles ont entièrement cessé depuis le 13 décembre 1880. Durant les trois premiers mois de 1881, l'enfant a conservé une certaine irascibilité du caractère, de la mobilité; il était parfois sujet à des rires nerveux. Aussi est-ce en raison de ces phénomènes que nous avons insisté pour que les douches fussent continuées. Nous avons revu l'enfant le 24 août (1882), sa santé physique est bonne, il a grandi, la puberté s'accentue, son caractère est redevenu ce qu'il était autrefois, enfin il n'a pas eu de nouvelles attaques.

---

(1) L'enfant venait à la gymnastique du service 3 fois par semaine.

III.

Observations d'épilepsie.

Arthropathies rhumatismales chez un ataxique; — exostoses des fémurs; — épilepsie; — démence consécutive par E. Bonnaire, interne des hôpitaux.

Del..., Pierre, âgé de 59 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Debove), et est passé le 22 février 1881 dans le service de M. Bourneville.

Renseignements fournis par sa femme (9 mars 1881). — *Père*, mort on ne sait de quoi, âgé de plus de 60 ans; il était grand et fort; nul autre renseignement. *Mère*, morte à 68 ans, on ne sait de quoi; elle était d'une taille assez élevée. Notre malade a eu six *frères*. L'un d'eux est mort après être resté alité et paralysé pendant deux ans; un second est perclus de rhumatismes. Les quatre autres sont bien portants, grands et forts; aucun d'eux n'offrirait d'accidents nerveux. Plusieurs ont des enfants en bonne santé, non difformes, non épileptiques, etc. Pas de consanguinité.

Del..., s'est marié à 32 ans, en 1854; il était alors cocher, ne faisait pas d'excès de boisson. Il avait été soldat pendant 7 ans, sans avoir été atteint durant ce temps, d'*affections vénériennes*, ni de maladies de peau; il était assez intelligent, mais d'un caractère très violent.

De 1854 à 1868, il reste bien portant. En 1868, *cholérine* très forte, à partir de laquelle il a eu des troubles digestifs, sans vomissements. En 1869, *fièvre intermittente* tierce, d'une durée de deux ou trois semaines, traitée par le sulfate de quinine.

Avant sa cholérine, le malade éprouvait de temps à autre des *élancements* dans la jambe droite déterminant la flexion subite du membre. Les élancements ont augmenté en 1869-1870, et ont gagné l'autre jambe. Alors, il servait dans la garde nationale, Del..., fut réformé pour cause de difficultés dans la marche : « ses pieds se jetaient en avant quand il marchait; ses jambes s'en allaient à droite et à gauche, comme s'il était en ribotte. » Jamais il n'a présenté

de troubles visuels ; mais l'ouïe est devenue dure, à partir de 1870. Cette même année, il a commencé à perdre le sommeil par suite de *cauchemars*.

On pense que le *premier accès d'épilepsie* s'est manifesté en 1869. Le malade, resté seul la nuit, perdit connaissance, se débattit, et mit le feu à des rideaux en tombant. Sa femme le trouva étendu sur le sol, incapable de se relever, plus faible des jambes qu'auparavant, avec la respiration embarrassée. Il se rétablit au bout de huit jours. En 1870, trois accès, sous forme de *cauchemars* ; le malade parlait à haute voix, semblait terrifié, et restait roide et immobile ; la durée était de quelques secondes à une minute. Il n'y avait ni écume buccale, ni miction involontaire. En 1872, Del. . eut une crise, dans laquelle il tomba de son siège de cocher sur le sol ; depuis lors, il a cessé de travailler. C'est à cette époque (15 février 1872), qu'il est entré à l'hôpital Saint-Antoine, où il est resté six semaines.

A dater de là, la gêne de la parole a fait des progrès constants ; les facultés intellectuelles ont conservé leur intégrité, jusqu'à l'admission du malade à Bicêtre. Depuis lors, elles ont été en déclinant, en même temps que sont survenues les *lésions articulaires*. Vers 1875, les accès d'épilepsie étaient au nombre de 3 ou 4, par mois. En décembre 1880, abcès de la région cervicale, à gauche.

On ne croit pas que notre malade ait fait des excès de coït avant le mariage. Les rapports sexuls, depuis cette époque, n'ont pas été exagérés ; quelquefois, *mais rarement*, ils ont été pratiqués dans la station debout ou assise ; exceptionnellement, ils ont été répétés plusieurs fois par jour. Vers 1867-1868, ils ont commencé à devenir moins parfaits. Notre malade n'a jamais eu d'enfants.

Les douleurs de l'ataxie sont restées limitées aux membres inférieurs. Jamais, par exemple, on n'a constaté de douleurs en ceinture, ni dans les régions ano-génitales ou dans les bras. Vers 1870-1871, il y a eu de la dysurie indolore.

Etat actuel. — L'examen clinique complet du malade, au point de vue des symptômes subjectifs, est impossible par suite de l'état de démence absolu dans lequel il se trouve. Il répond à peine aux questions qui lui sont adressées et demeure indifférent à ce qui se fait près de lui. La sensibilité est fortement émoussée. Sur toute la surface cutanée, *prurigo phthiriasique*. (Bains de sublimé).

Arthropathies. — Ce qui attire surtout l'attention chez Del...,c'est l'état des membres inférieurs. Il existe une considérable augmentation de volume des deux genoux. La

déformation se montre à peu près symétrique. Elle prédomine, toutefois, légèrement à droite.

Le membre inférieur gauche, maintenu immobile en demi-flexion, reste fixé dans la rotation en dehors à un point tel que la jambe repose directement sur sa face externe. L'articulation est élargie dans tous les sens, avec de nombreuses bosselures très apparentes à la vue. A travers les téguments, qui ne présentent pas d'altération appréciable, on perçoit une fluctuation étendue, en même temps que des nodosités multiples, de volume différent, roulent sous le doigt en donnant la sensation d'un sac de noix. Au pourtour de l'article, les tissus sont irrégulièrement indurés et on peut sentir par place des concrétions noueuses très résistantes, mal circonscrites, et solidement enchatonnées. Les surfaces articulaires sont sensiblement déplacées : la rotule est déjetée en dehors ; l'épiphyse fémorale se porte en avant, tandis que les plateaux du tibia forment une saillie appréciable sous le doigt, à la partie inférieure de la région poplitée. L'émaciation extrême du segment inférieur du membre contribue, en même temps, à mettre en relief la déformation articulaire. Les mouvements spontanés de la jambe sont nuls ; on peut exagérer la flexion, mais la rétraction des muscles extenseurs, jointe à la subluxation rend l'extension impossible.

A droite, l'arthropathie est plus accusée encore que du côté opposé ; même déformation ; même augmentation de volume ; mêmes sensations au palper ; mêmes modifications dans les rapports des surfaces articulaires. La rotule est refoulée en haut et en dehors par l'abondance de l'épanchement et par les corps étrangers. Les condyles fémoraux, tout en étant moins portés en avant qu'à l'autre genou, proéminent davantage en dehors ; il y a une véritable subluxation de la jambe en dedans. Le gonflement de l'article ne permet pas de constater la saillie de l'épiphyse tibiale en dedans ; mais le condyle externe du fémur fait une notable saillie sur les téguments de la face externe du membre. Les mouvements sont moins limités que du côté opposé : l'extension est presque directe. La flexion est possible, quoique gênée par la grosse crépitation qu'amènent les arthrophytes. On peut obtenir, de plus, des mouvements de latéralité anormaux, et assez étendus.

Exostoses. — En outre des arthropathies, et sur les deux membres, également à la région crurale, existent des déformations très accusées, dues évidemment à des intumescences du squelette.

Membre inférieur droit. — Au niveau de la moitié externe de la région inguino-crurale, et des deux tiers supérieurs du triangle de Scarpa, les téguments sont soulevés sous forme de tumeur ovoïde, bilobée à la vue, non adhérente à la peau, fixée aux parties profondes et d'une dureté absolue.

Membre inférieur gauche. — Lorsqu'on promène le doigt sur la face antérieure de la cuisse, en palpant le squelette profondément, on trouve, vers le tiers moyen, une augmentation de volume de l'os, sensiblement annulaire, rappelant la sensation que donnerait un cal ancien. Pas d'autres déformations encore appréciables.

Le visage présente, dans sa moitié inférieure et à droite, une tuméfaction considérable. Il existe en même temps, non loin de l'angle de la mâchoire, un trajet fistuleux laissant écouler un abondant suintement de pus et à travers lequel le stylet pénètre jusqu'à un foyer de *nécrose* qu'on ne peut limiter. Les tissus avoisinants sont fortement indurés. La peau est blanche, immobile sur les parties sous-jacentes.

Le malade reste étendu dans le décubitus dorsal, sans donner aucun signe d'intelligence, ne faisant de mouvements que pour recevoir ses aliments qu'il prend avec avidité. Il est gâteux. Les fonctions digestives, respiratoires et circulatoires ne sont pas troublées. L'artère radiale est athéromateuse. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer d'accès d'épilepsie.

17 *mars*. Ce matin, à la visite, le malade ne présentait rien d'anormal. Il a pu répondre « oui » et « non » aux questions qu'on lui adressait, et a pris son repas accoutumé à 11 heures. Vers 2 heures, il s'est brusquement assis sur sont lit, et, sans pousser de cri, est retombé brusquement. Il était mort.

Autopsie, 24 heures après la mort.— *Thorax*. Il n'existe pas d'altération du parenchyme pulmonaire ; les bronches sont dilatées et remplies de mucosités qui s'écoulent difficilement. La muqueuse est épaissie, noirâtre, avec de nombreuses arborisations. Ces lésions sont surtout manifestes du côté droit. Les ganglions bronchiques sont tous hypertrophiés, durs à la coupe et sont le siège d'une anthracose très prononcée. Le *larynx* présente une ossification complète du cartilage thyroïde, avec une division entière, c'est-à-dire une véritable fracture, occupant l'angle antérieur. La muqueuse trachéale offre le même aspect que celle des bronches.

Cœur : 370 grammes. Le péricarde ne renferme pas de

liquide. Les cavités cardiaques sont occupées à droite, par des caillots fibrineux sans mélange de cruor ; à gauche, elles ne renferment qu'un peu de sang noirâtre. Le ventricule gauche offre une capacité au-dessous de la normale, tandis que ses parois sont notablement épaissies. Le myocarde est ferme, bien coloré ; il n'existe pas d'altérations valvulaires. Le sinus de l'aorte est dilaté, et sur la paroi interne de ce vaisseau se détachent en relief de nombreuses plaques d'athérome.

Abdomen. Foie : 1500 grammes, normal.—*Reins* : droit, 150 grammes ; aspect grenu. A sa surface existent plusieurs kystes à contenu séreux, translucide ; l'un d'eux a le volume d'un œuf de pigeon. Rein gauche : 120 grammes. Aspect grenu, pas de kystes.— *Rate* : 75 grammes, ferme ; léger épaississement de la capsule de Malpighi.

Tête. Encéphale : 1350 grammes. La *dure-mère*, un peu épaissie adhère à la partie médiane de la voûte osseuse. La *pie-mère* n'est pas congestionnée. Hémisphère droit : 560 grammes, gauche, 540 grammes. Il n'existe pas d'anomalies dans la disposition des organes qui sont en connexion avec la base du cerveau ; les nerfs optiques, en particulier, ne sont pas lésés. Le tissu encéphalique est ferme ; nulle part on ne trouve de lésions ou de foyers, non plus que d'anomalies dans la disposition des circonvolutions.

Moelle. Sur toute l'étendue de l'axe médullaire, la cavité sus-arachnoïdienne est parsemée de *plaques calcaires* blanches, aplaties, ovalaires et de volume variable. La dure-mère, non plus que la pie-mère, ne présentent ni vascularisation, ni épaississement anormal. L'adhérence des méninges est moins prononcée au niveau des cordons postérieurs que sur le reste de l'axe nerveux. L'examen de la moelle à l'œil nu, envisagée dans son ensemble, ne permet pas d'apprécier de modifications dans le volume de cette région. A l'aide de sections espacées d'un centimètre, la *sclérose des cordons postérieurs* se montre évidente au simple regard. Elle prend naissance vers la première vertèbre lombaire, occupe la totalité des cordons postérieurs jusque vers la première dorsale, pour se continuer en haut et se terminer au niveau de la partie médiane de la colonne cervicale. Dans cette dernière portion, les cordons de Goll semblent seuls altérés. Les parties atteintes se reconnaissent à leur teinte grise, comme gélatiniforme. On ne constate pas à l'œil nu d'altérations des racines postérieures. Les prolongements de l'axe gris central au niveau du bulbe paraissent entièrement sains.

Membre inférieur gauche. La tumeur qui occupe et déforme le tiers supérieur de la cuisse est constituée par une *exostose* dont le siège répond assez exactement au petit trochanter. Les parties molles qui avoisinent la masse osseuse, présentent un aspect fibroïde, blanchâtre, peu vasculaire.

Par la dissection, on ne peut reconnaître le point exact où se termine le corps charnu du psoas ; le paquet vasculo-nerveux est déjeté en dedans. La surface antérieure de la tumeur est arrondie, lisse, et présente plusieurs orifices circulaires, de volume variable, occupés par du tissu fibreux. En arrière, l'irrégularité de l'exostose est très prononcée. On voit trois larges escharres, dirigées de haut en bas, parallèle à l'axe du fémur et dessinant trois cercles convexes en dedans et concentriques. La paroi de ces excavations se laisse très difficilement mettre à nu, par suite de leur disposition anfractueuse, de l'adhérence des parties molles, rendue plus intime encore par le passage de nombreux vaisseaux dans le corps de la tumeur.

L'acticulation coxo-fémorale est saine ; tout le long du tendon du grand adducteur, au voisinage de son insertion, mais sans faire corps avec le fémur, se rencontrent des productions osseuses, disposées sous forme de stalactites aplaties qui se terminent en pointe à leur extrémité supérieure.

L'*articulation du genou* est entourée de tissus indurés, lardacés, durs et criant sous le scapel. La capsule est considérablement épaisssie, principalement à ses insertions et tout particulièrement au niveau de l'épiphyse fémorale. En ce point, outre la prolifération conjonctive, on rencontre des noyaux d'un volume variable entre celui d'une noisette et celui d'un gros œuf de pigeon. Les uns sont entièrement ossifié ; les autres, d'apparence mi-osseuse, mi-cartilagineuse. La dissection ne permet pas d'isoler, ni même de reconnaître les ligaments latéraux. L'ouverture de la capsule laisse écouler un abondant magma, d'aspect colloïde, assez dense, grisâtre, translucide, et rappelant assez une gelée de coings peu épaisse. Dans l'intérieur de cette masse se trouvent quelques *corps étrangers*, peu volumineux, flottant librement. La surface de la synoviale présente de nombreuses franges hypertrophiées, à côté de corps articulaires, sessiles ou pédiculés et de consistance variable, analogues en tous points aux nodosités extra-articulaires. Dans son ensemble, cette disposition de la synoviale permet de suivre, par une transition insensible, la gradation qui mène de l'hypertrophie des franges synoviales à la

production des corps étrangers jusqu'à l'induration osseuse.

Les surfaces articulaires ne présentent en aucun point de traces d'usure. Le cartilage offre au plus haut degré l'altération velvétique. Par places, il est épaissi, noueux. En d'autres points, au contraire, il n'existe plus et laisse à nu l'os lui-même. Celui-ci, au niveau des surfaces dénudées, se montre sous l'aspect éburné et ne se laisse pas entamer par la pointe du couteau. Cette disposition est surtout manifeste au point de contact des surfaces articulaires, c'est-à-dire sur la face postérieure des condyles, et au milieu des plateaux du tibia. Ainsi est rendue plus évidente la subluxation, qui se reconnaissait, sur le vivant, à la déviation du membre.

Le membre inférieur droit offre exactement les mêmes altérations intra et péri-articulaires que du côté opposé. Mais l'exostose n'affecte ici ni le même siège, ni le même aspect. L'articulation de la hanche et les deux trochanters sont normaux; mais la courbure de l'os est sensiblement exagérée dans sa convexité antérieure. A l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs du fémur, il existe une production osseuse, embrassant la diaphyse à la façon d'un anneau interrompu en arrière. L'aspect est exactement celui d'un cal ancien; toutefois l'hypothèse d'une fracture antécédente s'élimine au simple examen de l'os; en arrière, en effet, il n'existe aucune irrégularité dans la continuité de la ligne âpre. Les tissus qui environnent cette exostose présentent la même dégénérescence lardacée que sur l'autre membre. A quelques centimètres au-dessus et en dedans de l'exostose, on rencontre une production osseuse, analogue à celles que contient le tendon du grand adducteur du membre inférieur gauche. Le siège, la forme, la direction sont les mêmes; mais ici l'aiguille osseuse est reliée au fémur et semble faire corps avec lui.

Sur le reste des os longs, et dans les autres articulations, nous n'avons constaté aucune déformation, aucune lésion.

Réflexions. — Différentes particularités nous ont semblé intéressantes et dignes d'être mises en relief, dans cette observation :

1° Coïncidence de l'*épilepsie* accompagnée elle-même de troubles mentaux profonds, avec l'*ataxie locomotrice*;

2° L'existence des *exostoses*, et, en particulier, la disposition de la tumeur osseuse du fémur gauche, en trois

lames concentriques, séparées par de profondes incisions. D'après cet aspect, il nous semble probable que le travail de prolifération a dû s'effectuer, à des périodes distinctes, en trois poussées successives. Quant à la convergence des encoches à la face postérieure de l'exostose, peut-être doit-on en voir la cause dans l'action du muscle psoas, qui, ainsi qu'on le sait, attire le petit trochanter en avant et en dedans;

3° Les *arthropathies* sont-elles de nature rhumatismale ou ataxique? Bien que survenues dans le cours d'une ataxie, nous pensons que les lésions articulaires ne sont ici autre chose que les manifestations du rhumatisme articulaire chronique partiel. Elles présentent, en effet, tous les caractères de cette affection, tels que les a fait connaître M. Charcot.

L'épaississement de la séreuse articulaire, l'augmentation de volume et le nombre des franges synoviales, l'existence des arthrophytes, l'état gélatineux du liquide intra-articulaire, l'altération velvétique des cartilages, et, enfin, l'éburnation par plaques des surfaces osseuses; telles sont les principales lésions que nous avons rencontrées dans le cas actuel; ce sont aussi celles que M. Charcot assigne en propre au rhumatisme chronique.

D'autre part, l'altération prédominante dans l'arthropathie ataxique est constituée par la raréfaction du tissu osseux et par l'usure des surfaces articulaires. Ici, nous ne rencontrons rien de semblable, et ce signe négatif vient encore comme appui, sans nous arrêter à plus de détails, dans l'hypothèse que nous émettons à ce sujet de la nature originelle de l'affection articulaire.

Dans une étude sur les arthropathies qui s'observent dans le cours de la sclérose des cordons postérieurs (*Revue photographique des hôpitavx*, 1870, pages 193 et 229; 1871, pages 9 et 52), M. Bourneville a rapporté une observation qui se trouve en concordance absolue, dans tous les détails, avec celle de notre malade. Il s'agit d'une femme ataxique de 53 ans; chez celle-ci, mêmes symptômes d'affaiblissement mental, même localisation de l'altération articulaire aux deux genoux, et, au niveau de ces jointures, même nature et même degré de la lésion, c'est-à dire: tuméfaction, gêne des mouvements, déviation du

membre et nombreux corps étrangers péri et intra-articulaires.

A l'autopsie, les modifications pathologiques que présentent les différents organes de l'articulation sont identiques; la représentation photographique, jointe à l'observation, de la cavité articulaire entr'ouverte, donne la reproduction fidèle des pièces que nous avons montrées à la Société anatomique.

A côté de ce cas tout particulier, M. Bourneville a exposé dans la même étude plusieurs observations d'arthropathies ataxiques; mais ces dernières présentent, tant au point de vue de l'évolution que de l'état anatomique, les véritables caractères que revêt la lésion articulaire, d'origine médullaire, tels que les a décrits M. Charcot.

A cette époque, l'attention commençait à se fixer sur ces arthropathies, et, par suite du nombre encore restreint d'observations précises sur ce point, il était légitime de rattacher à l'ataxie, comme l'effet à la cause, toutes les altérations articulaires qui survenaient dans le cours de la sclérose des cordons postérieurs. Toutefois, les divergences d'ordre anatomo-pathologique étaient telles, dans ces différents cas, que tout en admettant une origine unitaire, M. Bourneville croyait devoir les classer en deux variétés: « l'une dans laquelle l'*atrophie* serait, pour ainsi dire, la lésion capitale; l'autre, dans laquelle il y aurait une sorte d'*hypertrophie.* » L'auteur ajoute aussitôt qu'il ne s'agit là que « de commentaires, simple déduction des faits suivis et recueillis par lui-même, et que aller plus loin serait se perdre dans le champ des hypothèses. »

Depuis 1870, l'observation répétée et minutieusement suivie, à l'occasion du rhumatisme chronique d'une part, et de l'ataxie d'autre part, d'un grand nombre de cas d'arthropathies, a permis d'établir un départ nettement tranché entre les lésions propres à chacune de ces deux affections. Toute confusion est devenue impossible, et il nous a été permis, dans l'observation présente, d'affirmer, malgré la circonstance de l'ataxie, la nature purement rhumatismale des altérations articulaires que nous avons présentées.

Hémiplégie. — Epilepsie symptomatique. — Lésions du lobule de l'insula; par MM. Bourneville et Bonnaire.

Les lésions limitées exclusivement au lobule de l'insula sont très rares; le plus souvent la lésion intéresse, à des degrés divers, les circonvolutions voisines. Aussi, ne connaît-on pas encore les symptômes cliniques qui répondent au lobule de l'insula. Dans le cas qu'on va lire — et que nous publions à titre de document — la lésion avait détruit entièrement toutes les digitations du lobule de l'insula.

Observation. — *Hémiplégie gauche à 36 ans. — Alcoolisme. — Début de l'épilepsie à 42 ans. — Troubles intellectuels dus aux accès. — Marche des accès. — Démence progressive. — Caractères de l'hémiplégie. — Authrax et érysipèle phlegmoneux* (1880).—*Mort par broncho-pneumonie.*

Autopsie. — *Foyer ancien ayant détruit le lobule de l'insula à droite. — Dégénérations secondaires.— Lésions pulmonaires.*

Carr... François, âgé de 54 ans, charpentier, est entré le 4 juin 1868, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Renseignements fournis par sa belle-sœur (1). *Père*, cultivateur, mort on ne sait de quoi. *Mère*, morte quand notre malade était en bas âge. Deux *sœurs* en bonne santé, mariées, sans enfants. Pas d'épileptiques, pas d'aliénés, etc., dans la famille.

Notre malade s'est marié à 34 ans; il ne faisait pas d'excès de boisson, mais fumait beaucoup. — Dix-huit mois après son mariage, il a été brusquement frappé d'*hémiplégie gauche*: étant à la garde-robe, il est tombé sur le sol et est resté dans cet état, ayant gardé, dit-on, toute sa

(1) C'est ce qui explique l'insuffisance des renseignements.

connaissance (?), jusqu'à ce que sa femme, étonnée de son absence, vînt à son aide. Il serait resté 15 jours au repos forcé, après quoi, il recommença à marcher en traînant la jambe et en se soutenant sur une canne.

Les *accès d'épilepsie* se sont déclarés environ six ans après l'attaque paralytique. Durant cet intervalle, notre malade gagnait sa vie à ouvrir les portières des voitures sur la voie publique et s'adonnait en même temps à la boisson. Par suite de la multiplicité des accès, il dut renoncer à son travail et entrer à Bicêtre. A l'hospice, il persévéra dans ses habitudes d'*alcoolisme*, et l'on dut le faire passer de l'hospice des vieillards dans la Section des épileptiques.

Il y a quatre ans, il avait encore de la mémoire, reconnaissait tout son monde, avait une conversation suivie. Aujourd'hui, sa mémoire a totalement disparu, et il reste indifférent aux choses du dehors. En même temps que les facultés mentales, le physique s'est notablement affaissé depuis cette même époque, et il s'est produit, paraît-il, un amaigrissement considérable. A part l'état parétique dépendant de l'ictus primitif, le malade n'a présenté d'autres symptômes de lésion encéphalique, durant ce laps de temps, que des atteintes intermittentes de *céphalalgie*. On ne trouve d'ailleurs aucun antécédent morbide chez lui. Il a deux filles de son mariage, âgées l'une de 22 ans et l'autre de 17 ans, toutes deux en bonne santé.

1880. *Septembre*. *Érysipèle phlegmoneux* de la paroi thoracique consécutif à un *anthrax*. Incision et pansement de Lister.

1881. 10 *juin*. Le malade présente un état d'agitation considérable, cherche à sortir du lit, prononce des paroles incohérentes. Il a eu deux accès hier (chloral. 4 gr.).

11 *juin*. Un accès hier. Ce matin, l'*excitation maniaque* est remplacée par un état de *torpeur* très prononcé; la respiration est rapide et embarrassée, avec un léger degré de stertor. On ne trouve de symptômes localisés ni dans la poitrine, ni dans l'abdomen. Pas de troubles de la sensibilité (ventouses sèches sur le thorax; ventouses scarifiées à la nuque; lotions vinaigrées; sinapismes aux membres inférieurs; potion cordiale). T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,4.

12 *juin*. La stupeur a diminué. Lorsque l'on explore, par la piqûre, la sensibilité d'un des membres paralysés, on voit le membre correspondant du côté sain s'agiter de

violents mouvements réflexes. T. R. 38°,6 (lavement purgatif; potion de Todd; café).

21 *juin*. Un accès. Car... n'en avait pas eu depuis le 10; amélioration.

Examen physique. (22 *juillet*). *Tête* : Crâne symétrique; calvitie complète; la suture sagittale se dessine sur la peau, en forme de crête. L'occipital est déprimé, au niveau de son articulation avec les pariétaux; le cuir chevelu présente une cicatrice en Y répondant exactement aux traits de suture. Le visage est asymétrique par suite de la paralysie faciale qui occupe le côté gauche. On note l'effacement du sillon naso-jugal, la déviation du nez, l'abaissement de la commissure buccale, en même temps que l'affaissement de la joue et du menton. La langue se dévie du côté paralysé.

Thorax et *abdomen* normalement conformés.

Membres supérieurs : Le bras gauche est roide, avec contracture; l'avant-bras et le poignet sont en pronation forcée avec demi-flexion; les doigts sont repliés sans raideur dans le creux de la main, tandis que le pouce se trouve en légère adduction. Du côté droit, l'attitude est normale.

La mensuration comparative des deux membres donne les résultats suivants :

	A droite.	A gauche.
A 25 cent. au-dessus du coude	25 cent.	20 cent.
Au niveau du coude (demi-flexion). . .	24 —	23 —
A 20 cent. au-dessous du coude	21,5	18,5
A 5 cent. au-dessus du poignet. . . .	17	15,3

Membres inférieurs : A droite, le membre est dans l'extension et repose sur son bord externe. A gauche, il est également en extension, mais tend à croiser celui du côté opposé en se plaçant au-dessus. L'émaciation est appréciable à l'œil nu; la saillie rotulienne se détache nettement, et, au-dessus du genou, se dessine un méplat dû à l'amaigrissement de la cuisse. A la surface de la jambe existent plusieurs cicatrices, d'origine traumatique. Le pied présente sur sa face dorsale, au niveau des métatarsiens, un empâtement œdémateux et sur la peau on voit un lacis veineux très développé. La face plantaire, au niveau de la tête du premier métatarsien, est le siège d'un *mal perforant*. L'ulcère affecte les dimensions d'une pièce d'un franc; le stylet s'y enfonce à une profondeur de 6 millimètres sans déterminer de douleur; tout autour existe la couche

de squames épidermiques habituelle, au-dessus de laquelle la sensibilité reste normale. Voici les mensurations comparatives des deux membres :

	A droite.	A gauche.
A mi-cuisse	38 cent.	37 cent.
A 10 cent. au-dessus de la rotule	33	32
Au genou (extension)	32	31
A la jarretière	26,5	25
A mi-jambe	26	24
Au-dessus des malléoles	22	22
Au cou-de-pied	31	33
Articulation médio-tarsienne	24	25
A l'avant-pied (1)	24	24,5.

Les *réflexes tendineux* sont normaux du côté *droit* tant au coude et au poignet qu'au niveau du tendon rotulien. A *gauche*, la percussion des tendons extenseurs au coude et au poignet ne détermine rien d'anormal, mais, au genou, l'*exagération des oscillations de la jambe* est très manifeste. Un choc très léger sur le tendon rotulien produit une forte secousse initiale suivie d'une série d'oscillations décroissantes. L'extension brusque et forcée du premier orteil s'accompagne de la *trépidation du membre.* Après trois ou quatre essais de cette sorte, la trépidation, d'abord passagère, devient permanente, assez violente, et n'est plus influencée par l'extension de l'orteil. Elle dure environ 10 minutes et disparaît peu à peu.

La *sensibilité générale* est intacte des deux côtés; toutefois, il y a exagération des réflexes du côté gauche. — Fonctions digestives normales. — Battements du cœur réguliers, sourds à l'auscultation; le second bruit est très effacé; pas de souffle. — La poitrine est mate en arrière; dans ses deux tiers supérieurs, le murmure vésiculaire se perçoit difficilement.

L'affaissement intellectuel est considérable; le malade parle avec netteté, mais répond sans raison aux questions qu'on lui adresse. Depuis son entrée dans le service, il n'a pas travaillé; il passe son temps à fumer et à se promener dans la cour, il marche à l'aide d'une canne que ses compagnons lui enlèvent quelquefois, parce qu'il s'en sert pour les frapper; il raconte souvent qu'il a été occupé chez le général Morin où il astiquait les harnais, et demande sans

(1) Les mesures plus élevées pour le pied gauche s'expliquent par l'existence d'un peu de gonflement.

cesse la même occupation ici. A une époque de son séjour, il s'était ingénié à boire son urine pour guérir ses accès d'épilepsie et à se faire tirer violemment le bras paralysé par d'autres malades, afin de guérir sa paralysie.

23 *juillet*. Le malade qui, depuis quelque temps, avait recouvré son état normal, retombe aujourd'hui dans la *stupeur* et l'adynamie; l'oppression est intense (50 respirations par minute). Les pommettes du visage sont rouges. Le pouls petit, rapide, assez régulier, est de 130 pulsations. A l'auscultation, on perçoit des râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine; le murmure vésiculaire s'entend difficilement. Il existe de la matité dans toute l'étendue du thorax. Les vibrations vocales sont exagérées. La sensibilité est normale des deux côtés; les réflexes sont plus prononcées du côté gauche. (Vomitif. Vésicatoire. Potion avec rhum et extrait de quinquina). *Soir :* T. R. 39°,2.

24 *juillet*. L'état adynamique s'accentue. Les lèvres et la langue se recouvrent de fuliginosités; la dyspnée augmente. On entend dans le poumon gauche, à la partie supérieure, un souffle bronchique profond, masqué en partie par de nombreux râles sous-crépitants. A droite, mêmes râles. Le malade comprend les questions qu'on lui adresse et y répond à peu près exactement. T. R. 39°,2.

25 *juillet*. Mort à 3 heures de l'après midi.

AUTOPSIE : 24 heures après la mort.—Absence de rigidité cadavérique.

Thorax. Il existe quelques adhérences pleurales récentes en arrière et à gauche. Tout le poumon droit est friable, dense, crépite légèrement et surnage. A la coupe, il s'écoule une sérosité abondante et non purulente. Le parenchyme est farci d'une multitude de noyaux caséeux dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'une lentille. Le poumon gauche présente dans son lobe inférieur, au niveau de la gouttière costo-vertébrale, un foyer de la largeur de la main; le parenchyme est déprimé, d'une teinte feuille morte à la surface; il existe en outre trois ouvertures vraisemblablement artificielles et produites par la pression du doigt qui a dû rompre les adhérences pleurales. Elles donnent accès dans une vaste caverne, à parois déchiquetées. Le reste du lobe est induré; son tissu est comme carnifié, ne crépite pas et plonge quand on le jette dans l'eau. Les vaisseaux sanguins voisins de la caverne sont obstrués par des caillots récents. Le contenu du foyer est constitué par un putrilage gris ardoisé, avec un liquide sa-

nieux, noirâtre et fétide qui s'écoule par les bronches. Le lobe inférieur renferme de plus, en outre de quelques noyaux de *gangrène* analogues au précédent, mais plus petits, un semis de nodules de broncho-pneumonie caséeuse identiques à ceux du poumon droit. Le lobe supérieur est intact. Les ganglions péribronchiques sont volumineux, indurés et anthracosés. — *Cœur :* 430 gr. Surcharge graisseuse principalement sur la face antérieure. Pas de lésions valvulaires. Le ventricule gauche renferme un caillot fibrineux avec des traces de stratification. L'oreillette contient un caillot noir, volumineux et récent.

Abdomen. Foie, 300 gr., normal. *Rate*, 130 gr. diffluente. *Reins* : 110 gr. chacun ; l'altération sénile est très marquée, surface granuleuse ; cicatrices rayonnées dues à d'anciens kystes superficiels ; surcharge graisseuse des calices et bassinets. — *Estomac* : la muqueuse est saine. L'organe renferme des produits noirâtres, semblables au putrilage pulmonaire. — L'*intestin* et la *vessie* sont intacts.

Tête. Le *cuir chevelu* est très épais et très adhérent ; la calotte crânienne est dure et épaisse ; la *pie-mère* est fortement fixée aux sutures de la voûte d'une part, et à la pie-mère de l'autre. Le *liquide céphalo-rachidien* est assez abondant.

Encéphale : 1160 gr. La surface est un peu lavée ; les *artères*, les *nerfs* de la base sont sains. Le *tubercule mamillaire droit* est d'un tiers plus petit que le gauche, et de coloration normale. Le *pédoncule cérébral droit* est notablement atrophié, aplati et moins large que le gauche ; il en est de même pour la moitié droite de la *protubérance*. La *pyramide antérieure droite* est représentée par un cordon aplati, de teinte grisâtre et sur le même niveau que l'olive correspondante. En somme, *la moitié droite de l'isthme de l'encéphale est moitié moins volumineuse que celle du côté opposé.* Sur une coupe, la surface de section du pédoncule cérébral est de deux tiers moindre à droite qu'à gauche. Les *tubercules quadrijumeaux* sont normaux. L'*hémisphère cérébral droit pèse* 140 grammes *de moins que le gauche*, et sa longueur est moindre de 1 centimètre. Le cerveau pèse 970 grammes. Le *cervelet* est sain. Ses deux hémisphères sont égaux.

Hémisphère cérébral gauche. La décortication est facile ; les circonvolutions se dessinent nettement ; il n'y a rien d'anormal, tant à la surface que dans les *noyaux gris* centraux. (*Fig.* 2.)

Hémisphère droit. A travers les méninges, on aperçoit une dépression considérable au niveau du *lobule de l'insula*

et du lobe sphénoïdal. Partout la pie-mère se détache aisément, sauf sur les points dont nous venons de parler, où elle est épaissie et d'une couleur brune, rougeâtre, un peu ocreuse. La dépression superficielle est comblée par un réservoir de liquide céphalo-rachidien. La pie-mère enlevée, l'hémisphère se montre aplati. On trouve un foyer atrophique qui a détruit : 1° Toute la partie postérieure de la troi-

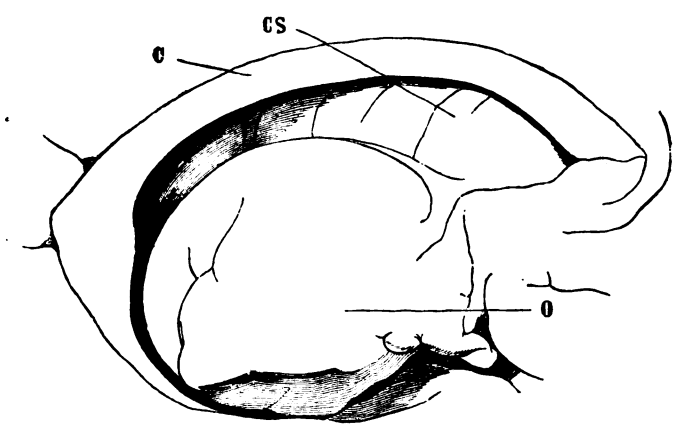


Fig. 2. — C, Corps calleux. — CS, Corps strié. — O, Couche optique.

sième circonvolution frontale (le reste de cette circonvolution n'est qu'amaigri); 2° La partie inférieure de la frontale et de la pariétale ascendantes; le pli qui unit l'extrémité inférieure de ces deux circonvolutions ; 3° La plus grande partie du lobule du pli courbe. Le lobule de l'insula, dans sa totalité, est détruit; il ne reste plus aucune trace de digitations ; la première temporo-sphénoïdale et la partie postérieure de la seconde circonvolution offrent la même altération.

Le parenchyme est remplacé par une sorte de membrane d'aspect gélatineux, de consistance mollasse et de coloration rougeâtre, sur le lobule de l'insula, de telle sorte que, entre l'extérieur et la paroi ventriculaire, il n'existe plus qu'une mince couche de substance blanche. Les circonvolutions du voisinage sont atrophiées, sans changement de couleur.

Le *corps strié*, considérablement réduit dans son volume, n'existe plus que sous forme de deux petits noyaux du volume d'un gros haricot. La *couche optique* est diminuée d'au moins des deux tiers de son volume et déformée. La

paroi du ventricule latéral est très amincie ; et, sur le plancher de cette cavité, on voit se lever un faisceau de vaisseaux sanguins (*Fig.* 3). Sur la coupe des masses centrales grises, on ne découvre pas de lésions en foyer. La capacité du ventricule est peu sensiblement accrue.

Considéré dans son ensemble, l'hémisphère cérébral droit est moins long, moins épais et moins haut que l'hémisphère gauche. Déjà la différence de poids (140 gr.) que nous

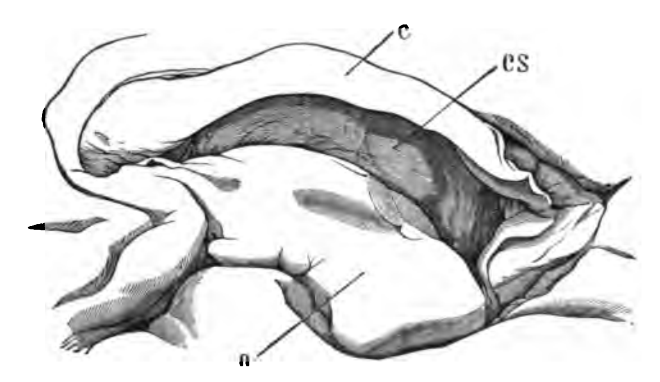


Fig. 3. — C, Corps calleux. — CS, Corps strié. — O, Couche optique.

avons indiquée le faisait pressentir, mais les chiffres suivants en donne une idée exacte :

	Droit.	Gauche.
Longueur des hémisphères . . .	14 cent. 5.	15 cent. 5.
Hauteur	9 — 5.	10 — 5.
Epaisseur.	3 —	5 —

En résumé, la lésion a porté sur la totalité du lobule de l'insula et sur toute la partie des circonvolutions que l'on a désigné longtemps sous le nom de circonvolutions d'enceinte de la scissure de Sylvius.

Réflexions. — Cette observation nous offre un exemple remarquable de l'enchaînement régulier des altérations qui se développent dans l'axe cérébro-spinal consécutivement à une lésion cérébrale en foyer, ayant causé une *hémiplégie* et secondairement une *sclérose fasciculée* descendante de la moelle.

I. Il est probable, dans notre cas, que c'est sous l'influence

des efforts de défécation du malade qu'un caillot est venu produire l'obstruction vasculaire près de l'origine de l'artère sylvienne. Cette localisation est rendue manifeste par ce fait que le territoire de l'artère de la troisième circonvolution frontale, laquelle, comme on sait, se détache prématurément du tronc de la cérébrale moyenne, se trouve englobé dans la zone ischémiée.

II. Nous n'avons que peu de détails sur les *accès d'épilepsie* : on les disait très violents. Ils s'annonçaient généralement par une période d'excitation accompagnée d'une céphalalgie intense et survenaient principalement pendant le jour. A la fin de la crise, il n'y avait ni écume buccale, ni évacuations involontaires ; maintes fois, ils ont été compliqués d'excitation maniaque, en général passagère, et à laquelle succédait parfois, ainsi que nous l'avons observé nous-mêmes en juin dernier, un état de torpeur qui persistait deux ou trois jours. Il serait difficile, en présence de cette pénurie de données cliniques, d'affirmer s'il s'agit dans ce cas d'épilepsie vulgaire ou d'épilepsie jacksonnienne. En faveur de cette dernière hypothèse, on pourrait invoquer l'intensité des phénomènes céphaliques, qui précédaient et suivaient la crise. Mais, d'autre part, les accès survenus six ans après l'apoplexie sont allés sans cesse en augmentant, ainsi que cela a lieu le plus souvent dans l'épilepsie vulgaire. Voici d'ailleurs leur marche de 1871 à 1881.

1868-1870, pas de renseignements.	1876, 46 accès.
1871, 35 accès.	1877, 85 —
1872. 43 —	1878, 112 —
1873, 17 —	1879, 111 —
1874, 48 —	1880, 454 —
1875, 51 —	1881 (7 mois), 39 accès.

III. L'*intelligence* diminuait en même temps que les sentiments affectifs; sa femme était morte, et, néanmoins, il la réclamait non pas par affection, mais pour avoir quelques douceurs. Cette déchéance intellectuelle vient appuyer l'idée d'une épilepsie vulgaire, car souvent, dans l'épilepsie hémiplégique, l'intelligence ne subit pas d'atteinte notable ; elle reste la même. La *santé physique* se maintenait en apparence : le malade allait et venait, ne toussait pas et ne

paraissait pas avoir d'oppression ; sa voix restait forte; rien en un mot ne faisait pressentir l'existence des lésions pulmonaires, à marche chronique, que nous avons rencontrées à l'autopsie. Le développement de lésions organiques graves, sans réaction appréciable, n'est pas chose rare chez les malades, comme le nôtre, atteint de démence et de débilité mentale.

IV. Nous croyons inutile de revenir sur le caractère et le siège de la lésion. Toutefois, nous devons signaler l'*absence d'aphasie*, avec une lésion de la *partie postérieure de la troisième circonvolution frontale droite*, ce qui vient à l'appui de la théorie qui localise la *faculté du langage* dans la région correspondante de l'hémisphère *gauche*. Nous devons aussi signaler cette *atrophie*, ou, si l'on préfère, cet amaigrissement général des circonvolutions de toute la face convexe de l'hémisphère droit, conséquence d'une lésion survenue à *trente-six ans*. Quel est le rôle de la lésion du lobule de l'insula dans cette atrophie?

V. La *dégénération secondaire*, partie du foyer périphérique, qui avait détruit le lobule de l'insula, les parties avoisinantes des circonvolutions (et en particulier de la frontale et de la pariétale ascendantes), et produit une atrophie considérable de la couche optique et du corps strié (*Fig.* 2 et 3), s'est propagée à la moelle en atrophiant sur son passage une partie de la couronne rayonnante de Reil et des noyaux gris centraux. D'autre part, il est facile de suivre à l'œil nu les traces de la sclérose descendante à travers l'étage inférieur de la protubérance, du pédoncule cérébral et de la pyramide antérieure du bulbe, etc. Pour ce qui est de l'existence de la sclérose fasciculée dans les cordons latéraux, elle était rendue évidente, pendant la vie, par les phénomènes d'*épilepsie spinale*, l'exagération des *réflexes tendineux* et la *contracture.*

VI. Nous signalerons enfin, comme dernière particularité, la coïncidence du *mal perforant plantaire* avec l'*hémiplégie* sur le côté gauche. L'apparition de cette ulcération sur un membre condamné à une inaction fonctionnelle relative, et par conséquent en dehors des causes externes généralement considérées comme déterminantes du mal perforant,

nous permet de ne considérer cette lésion, dans le cas actuel, que comme un simple trouble trophique d'origine centrale. On pourrait donc invoquer ce fait comme preuve à l'appui de la théorie qui considère le mal perforant comme une affection de nature essentiellement nerveuse (1).

Épilepsie; Ostéomalacie; par BOURNEVILLE et FÉRÉ.

L'observation que nous soumettons au lecteur est celle d'une femme qui a séjourné 24 ans à la Salpêtrière et dont la maladie a pu être suivie d'une façon assez régulière. On y verra notée, en particulier, la déchéance progressive des facultés intellectuelles.

OBSERVATION. — *Père hémiplégique. — Tante paternelle hystérique. — Cousin paralytique général. — Grand'mère maternelle paralysée. — Neuf frères ou sœurs ayant eu des convulsions.*

Tremblement du menton et convulsions dans les premiers mois. — Epilepsie consécutive. — Lenteur du développement intellectuel et physique. — Influence de la puberté. — Phénomènes paralytiques consécutifs aux accès. — Démence progressive. — Gâtisme, — Maladies intercurrentes. — Constipation opiniâtre. — Mort.

AUTOPSIE : *Absence de lésions cérébrales ; — lésions intestinales ; — calculs biliaires ; — ostéomalacie : description des lésions osseuses.*

Lenorm..., Elise, âgée de 43 ans, est entrée à la Salpêtrière en 1857, et est passée en 1870 du service de M. DELASIAUVE dans celui de M. CHARCOT.

Renseignements fournis par sa mère (22 novembre 1866). *Père* ordinairement bien portant, sobre, était *hémiplégique*

(1) Voir sur ce sujet : Duret, *Archives de physiologie*, 1874 ; — Charcot et Pitres, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 877 ; — Grasset, *Des localisations dans les maladies cérébrales* ; — H. de Boyer, *Etudes topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux* ; — Ferrier, *De la localisation dans les maladies du cerveau* ; travaux où sont consignées la plupart des observations connues relatives aux lésions du lobule de l'insula.

quand il est mort, à l'âge de 65 ans, on ne sait de quelle maladie. [*Mère* morte après 60 ans, on ne sait de quoi. Deux de ses *sœurs* ont succombé à la suite de couches, la cadette était très nerveuse et avait des *attaques de nerfs* après des contrariétés. Un cousin germain du père est *aliéné* et enfermé dans un asile ; il est *paralytique général*, porte des croix, plaide contre l'empereur, etc. (En 1874 il était encore vivant)].

Mère, asthmatique, a eu des hémoptysies, n'est pas nerveuse. Son *père* est mort du choléra en 1832, à 48 ans ; sa *mère* est morte à 89 ans, elle était tombée 3 fois en *paralysie*. Trois *sœurs* sont bien portantes, pas d'accidents nerveux, etc. — Pas de consanguinité. — Les parents de notre malade ont eu 10 enfants, dont 5 sont vivants : 1° notre malade; 2° un garçon, *convulsions* dans l'enfance, vivant ; 3° garçon mort de *convulsions* tout jeune ; 4° garçon, *convulsions* dans l'enfance, vivant, 25 ans ; 5° fille, morte du croup, avait eu des *convulsions* ; 6° fille, 23 ans, bien portante, a eu des *convulsions* ; 8° et 9° filles mortes jeunes, avaient eu des *convulsions* ; 10° garçon, 13 ans, *convulsions* dans l'enfance, maintenant bien portant.

Notre malade est née 13 mois après le mariage, le père avait alors 25 ans et demi, et la mère 24. La mère avait eu une bonne grossesse, cependant, elle avait éprouvé une vive contrariété avec sa belle-mère. Accouchement facile. A la naissance, le menton de la petite fille tremblait ; beaucoup de *convulsions* dès les premiers mois. La mère l'a élevée au sein pendant cinq mois seulement, parce qu'elle était devenue enceinte. Elle n'a marché qu'à deux ans et demi; a parlé avant de marcher; propre de bonne heure. Elle avait appris à lire et à écrire, mais, elle était peu intelligente. Elle cannait des chaises en jonc : elle était assez active dans son travail. Elle a toujours eu des *accès*. Réglée vers 13 ans, abondamment et régulièrement ; à ce moment, les crises sont devenues à la fois plus fortes et plus fréquentse ; accès avant et après l'écoulement menstruel. Pas de traces de scrofule ; pas d'onanisme. A cette époque, elle était encore assez intelligente, parlant bien, raisonnant convenablement ; sa mémoire était bonne.

Il y a deux ans qu'elle a de la faiblesse des membres inférieurs, que toutes ses facultés baissent et qu'elle devient méchante. Pendant les derniers temps de son séjour chez sa mère, elle avait du *délire* consécutivement aux crises. Durant longtemps, elle ne tombait que le jour. A son

entrée, elle avait des accès diurnes et nocturnes. Pas de rapports sexuels.

État actuel (novembre 1866). De temps en temps, il lui prend des faiblesses dans les jambes, accompagnées, paraît-il, de douleurs ; et elle est obligée pendant 8 ou 10 jours de garder le lit. Habituellement, elle marche peu, son allure dénote une fatigue rapide. Actuellement, elle est couchée ; on attribue cette crise à ce qu'elle s'est fatiguée le 18 novembre, étant sortie dehors. Pas de contracture des membres ; la sensibilité au chatouillement semble très obtuse : Len... sent mieux le pincement et la piqûre (phénomènes réflexes), mais elle ne se plaint pas de ces manœuvres. La sensibilité est peut-être, d'une façon générale, moins affaiblie à gauche qu'à droite. La malade, d'ailleurs, ne peut fournir aucun renseignement.

1868. Dans le cours de l'année elle s'est fait, dans un accès, une *fracture du bras gauche*; elle ne voulut supporter aucun appareil ; il en résulta une consolidation vicieuse.

1874. On ne peut savoir si elle sentait quelque chose avant ses accès, si elle pouvait prévenir. Toutefois, on assure qu'elle disait : maman ! maman ! puis poussait un cri aigu et tombait. Quelquefois, elle s'est blessée, malgré la surveillance, ce qui indique que l'*aura*, si tant est qu'elle en eût une, était de courte durée. Pas de vision colorée. Après l'attaque, L... se plaignait d'une douleur dans l'estomac. Pas de palpitations. *Étourdissements* et *accès*; dans ses accès, elle devient toute noire.

1875. 9 *janvier.—État intellectuel.* Physionomie obtuse, regard méchant, sombre. Elle reste toute la journée assise sur un fauteuil ; elle est gâteuse. Elle est en train de manger : elle coupe méthodiquement sa viande en petits morceaux qu'elle place d'un côté de son assiette et les légumes de l'autre ; puis, elle coupe son pain en morceaux qui se tiennent un peu ; cela fait, elle commence à manger assez proprement. Tout d'abord, elle ne veut pas parler, puis, consent à dire son nom. En général, elle ne parle pas; quelquefois, elle se dispute avec sa voisine (Coulon), mais elle n'est pas violente. Elle affectionne beaucoup le tabac à priser ; aussi, pour la décider à parler, on lui montre du tabac : sa figure devient souriante ; on lui dit d'aller le chercher : elle se lève, marche un peu courbée, rit, et se décide à dire qu'elle est de la Grande rue de Reuilly ; elle parle de sa

mère, dit qu'elle faisait des chaises. Elle prend son tabac avec plaisir, et retourne s'asseoir et manger. On veut lui prendre son vin : sa figure prend une expression de mécontentement, de protestation; on le lui rend : elle rit absolument comme un enfant. Elle ne parle guère, à moins d'être provoquée et encore difficilement; parfois pourtant, elle parle spontanément de sa mère. Elle reconnaît ses parents, leur dit seulement: « Je vous attendais ». Elle est contente de les voir parce qu'ils lui apportent beaucoup; s'ils ne lui donnent rien, elle cherche autour d'eux.

1877. 12 *avril*. Le 9 avril, elle a eu trois accès. Le 10, elle s'est levée, mais paraissait souffrante, ne mangeait ni ne parlait. L'examen démontre qu'elle a une *pneunomie* du sommet droit, qui s'est terminée par la résolution en une dizaine de jour.

1878. Au mois de *juin*, elle a eu encore une affection fébrile qui a duré une douzaine de jours et sur laquelle nous n'avons que des renseignements incomplets.

1879. 8 *mars*. Œdème prononcé des pieds, modéré aux jambes, rien aux cuisses.

9 *mars*. Urine assez colorée, dépôt floconneux occupant le quart du vase. Par la chaleur, dépôt blanc qui disparaît par l'addition de 4 ou 5 cinq gouttes d'acide nitrique, qui, seul, ne produit rien ; pas de sucre. L... ne prend que des aliments liquides ; de temps en temps, elle est sujette à des vomissements ; ses selles sont ordinairement diarrhéiques ; jamais de constipation. Sensibilité normale.

1880. *Mai*. Les jambes ont enflé dans les premiers jours du mois. Le 9 mai, l'œdème occupait les pieds et les jambes ; depuis deux jours, diarrhée.

11 *mai*. Amélioration ; l'œdème a diminué, mais le pied gauche reste enflé. La malade est levée et mange assez bien. T R. 38°.

Depuis 1871 jusqu'à la fin de 1880, les accès et les vertiges se sont présentés avec une fréquence assez variable, mais sans aucune périodicité.

ANNÉES.	ACCÈS.	VERTIGES.
1859	105	»
1860	361	»
1861	62	»
1862	198	»

1863	217	
1864	195	»
1865	106	»
1866	157	»
1867	145	6
1868	132	»
1869	121	»
1870	(?)	(?)
1871	83	48
1872	72	46
1873	210	24
1874	244	3
1875	173	26
1876	87	23
1877	98	24
1878	33	6
1879	70	15
1880	90	10

1881. Dix accès dans le courant de janvier. Le 28 *janvier* nous sommes appelé auprès d'elle parce qu'il était survenu un gonflement considérable du ventre et qu'elle n'avait pas été à la selle depuis dix jours au moins, pensait-on. Nous la trouvons très affaissée, la face très pâle, les traits tirés, les lèvres cyanosées. Les mains sont froides, les ongles bleuâtres. Les deux membres inférieurs sont considérablement œdématiés jusqu'aux aines, les grandes lèvres sont aussi très tuméfiées. Le ventre est considérablement distendu, rendant partout un son tympanique à la percussion; l'exploration extérieure du ventre ne nous permet de constater rien autre chose que le météorisme. Nous essayons de pratiquer le toucher vaginal, mais, le doigt est presque immédiatement arrêté dans une rainure à parois osseuses dirigée d'avant en arrière, et qu'il est tout à fait impossible de franchir. En introduisant le doigt dans l'anus, on peut remonter dans la concavité du sacrum, mais on n'atteint pas l'obstacle; nous essayons en vain de faire pénétrer une sonde œsophagienne. Tous les liquides qu'on injecte reviennent par l'anus sans avoir pénétré dans l'intestin.

Cependant, le soir, la malade rendit une certaine quantité de matières liquides. Les urines n'avaient jamais cessé de couler, mais la malade urinait toujours sous elle depuis plusieurs mois. Pendant les deux jours suivants, on essaya encore à plusieurs reprises d'introduire des lavements, mais, ce fut en vain, la malade mourut le 1er *février* sans qu'on ait pu obtenir de selles.

Autopsie (3 février). — L'*encéphale* pèse avec les mem-

branes 1145 gr. Nous ne trouvons aucune lésion des *méninges*, qui sont parfaitement transparentes ; pas d'athérome des vaisseaux, pas d'adhérences. Les circonvolutions des deux hémisphères ne présentent pas d'anomalies ni d'asymétrie notable. Les deux hémisphères, soigneusement dénudés, pèsent chacun 475 gr. Les deux cornes d'Ammon sont légèrement indurées, si on les compare à celles d'un cerveau sain.

Abdomen. Il existe un tympanisme considérable. A l'ouverture du ventre, on trouve le *colon*, sur toute la longueur, extrêmement distendu et présentant un diamètre de 15 à 25 cent. suivant les points; sa tunique musculeuse est considérablement épaissie, elle a presque partout 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Tout l'intestin est distendu par des gaz, sauf la partie inférieure de l'S iliaque, où il y a une accumulation de matières fécales dures qui a presque le volume d'une tête d'adulte. Au niveau du détroit supérieur, l'intestin est subitement rétréci par le rapprochement des os du bassin.

Le *diaphragme* est fortement repoussé en haut, de telle sorte que sa convexité remonte à droite jusqu'au troisième espace intercostal, et à gauche jusqu'au quatrième. Le ligament falciforme du foie forme une cloison verticale de 10 centimètres de hauteur qui sépare la partie supérieure de la cavité abdominale en deux loges et qui aboutit, non à la convexité du foie, mais à son extrémité gauche qui s'arrête sur la ligne médiane. Le *foie* est situé tout entier à droite de la colonne vertébrale ; le lobe gauche paraît manquer, la face inférieure est devenue presque verticale et regarde en dedans ; cet organe ne pèse que 800 grammes ; sans offrir de lésions appréciables, la vésicule contient six *calculs biliaires* d'un vert sombre, du volume d'une noisette. *Rein* droit, 95 gr. ; gauche, 105. — *Rate*, 85 gr. — *Utérus*, sain.

Thorax. Les deux *poumons* sont accolés à la partie postéro-supérieure du thorax, mais sont sains. — *Cœur* : 195 gr.; D.T. 80 ; D.L. 70 ; M. 80 ; T. 88 ; A. 62 ; P. 66. Valvule mitrale légèrement épaissie ; orifice aortique suffisant, valvules saines; quelques plaques blanchâtres sur l'aorte.

Squelette. 1° *Crâne.* Le trou occipital ne présentait pas de déformation appréciable. La mensuration de la calotte à l'état sec donne les résultats suivants : D.L. 174, D.T. 145. Pas d'asymétrie. La suture sagittale commence à s'oblitérer à sa partie postérieure, et l'oblitération est plus marquée en avant de l'obélion qu'en arrière. (2 trous pariétaux, un de chaque côté).

2° *Bassin.* Lorsqu'on examine le bassin par sa surface externe et latérale, on est frappé de la forme du sacrum qui est tellement courbé en avant sur sa face postérieure, qu'il forme, avec le coccyx, la moitié d'une circonférence dont le diamètre est représenté par la distance de la pointe du coccyx à la base du sacrum (73^{mm}.). Cette courbure est encore plus considérable sur la face antérieure des deux os, qui sont disposés en une sorte de crochet. Sur cette face, la base du sacrum, qui est à peu près sur le même plan que le fond de l'échancrure sciatique, n'est distante que de 51^{mm} de la pointe du coccyx, laquelle est à peu près horizontale. Les trous sacrés ne paraissent pas sensiblement déformés.

La face externe de l'os iliaque, au lieu de présenter la dépression de la fosse iliaque externe, offre une saillie oblongue, dirigée obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Cette déformation résulte de la flexion d'avant en arrière et de bas en haut de la partie supérieure de l'os iliaque. Cette flexion apparaît encore plus nettement, quand on examine l'os par sa face interne; on voit alors que le fond de la cavité cotyloïde n'est distant de la base du sacrum que d'un centimètre environ. La fosse iliaque interne est fortement excavée. Elle constitue une cavité dont la forme et la direction correspondent à celles de la saillie de la face externe; cette cavité est un peu plus marquée du côté droit, où elle a une profondeur de 45^{mm}. Des deux côtés et surtout à gauche, on remarque au fond de l'excavation une destruction superficielle de l'os, dont la surface est poreuse.

Il résulte de cette flexion de l'os iliaque, que la moitié inférieure de son bord antérieur a pris une direction à peu près horizontale; jusqu'au-dessus de l'épine iliaque inférieure, le bord de l'os continue la direction de l'éminence iléo-pectinée. Les cavités cotyloïdes regardent beaucoup plus en avant qu'à l'état normal, leurs axes forment un angle de 45 degrés environ. Leur profondeur est exagérée, d'environ 35^{mm} de chaque côté; et, comme les diamètres des orifices varient de 40 à 42 ou 43^{mm}, il en résulte qu'elles forment beaucoup plus de la moitié d'une sphère creuse. L'augmentation de profondeur de ces deux cavités est due non seulement au refoulement de la partie antérieure, mais encore à l'usure de la surface articulaire qui ne se distingue plus de l'arrière-fond de la cavité et qui est tellement usée, que la partie la plus profonde est devenue transparente, et s'est fendue pendant la dessication. Toute

la surface des deux cavités est d'ailleurs profondément érodée.

Par suite de l'enfoncement dans le bassin des cavités cotyloïdes, qui se sont rapprochées presque jusqu'au contact de l'angle sacro-vertébral, les deux pubis ont changé complètement de direction, et sont devenus antéro-postérieurs et parallèles; les deux os se touchent en avant sur la ligne médiane, par leur face interne et non plus par leurs surfaces symphysiennes. Les branches horizontales des pubis, dans toute leur longueur, ne sont pas écartés de plus de 5 à 6^{mm}; les points qui correspondent au fond des deux cavités cotyloïdes, sont écartés d'un peu plus de 2 centimètres. Le fond de la cavité cotyloïde gauche n'est distant que de 5^{mm} à peine du milieu du corps de la cinquième vertèbre lombaire, tandis que le fond de la cavité cotyloïde droite est à 7 ou 8^{mm} de la même vertèbre, mais correspond à peu près au bord droit de son corps. La face antérieure de l'aile du sacrum n'est séparée de la partie postéro-externe du fond de la cavité cotyloïde de chaque côté, que par un espace de 12 à 13^{mm}; il résulte de cette disposition que le détroit supérieur a pris la forme d'un gamma (γ) ou d'une fente bifurquée.

Les branches descendantes des pubis et ascendantes des ischions laissent entre elles un espace de 12^{mm} environ, à sa partie moyenne, et à la partie inférieure, les deux ischions ne sont distants que de deux centimètres à peine.

Nous nous contenterons d'ajouter quelques mensurations pour compléter la description de ce bassin.

Diamètre bi-iliaque maximum	230^{mm}.
Distance des 2 épines iliaques antérieures et supérieures.	227
— des 2 épines iliaques antérieures et inférieures.	126
— des 2 épines iliaques postérieures et supérieures.	80
— des 2 épines iliaques postérieures et inférieures.	60
— des 2 épines sciatiques.	53
Diamètre sacro-pubien.	95
— bi-ischiatique	65
Distance de l'ischion au coccyx des 2 côtés.	50
— de l'épine sciatique droite au coccyx	28
— de l'épine sciatique gauche au coccyx. . . .	33

On remarquera que l'épine sciatique droite est plus près du coccyx que la gauche, tandis que le fond de la cavité cotyloïde est plus près du milieu de la base du sacrum à gauche qu'à droite, ce qui montre que le sacrum a une direction un peu oblique de haut en bas et de gauche à droite.

3° L'*humérus gauche* présente, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, un cal difforme, volumineux et irrégulier, percé de nombreuses petites excavations, et hérissé d'aspérités plus ou moins saillantes. Autant qu'on peut en juger, il s'agissait d'une fracture à peu près transversale. Le fragment inférieur s'est dévié fortement en dedans, de manière à former avec le supérieur un angle ouvert en dedans d'environ 70 degrés ; lorsqu'on fait reposer la surface articulaire supérieure et l'épitrochée sur le plan horizontal, on voit que le bord interne de l'os forme un arc irrégulier, dont la flèche mesure 5 centimètres.

L'*épilepsie*, ici, a succédé à un *tremblement* sur la nature duquel nous ne saurions nous prononcer et à des *convulsions*, survenues peu après la naissance chez une enfant *héréditairement* prédisposée à des accidents nerveux.

L'*intelligence* ne paraît pas avoir jamais été bien développée ; toutefois, Len... avait pu apprendre un métier et s'acquittait convenablement de son travail. Ce n'est que sept ans après son admission à la Salpêtrière (1864) que la déchéance intellectuelle semble s'être accusée. En 1874-1875, la malade offrait tous les caractères de la *démence* la plus accusée. Et, chose assez curieuse, c'est à partir de là que les *accès* et les *vertiges*, dont nous avons donné la marche pendant une longue période, ont sensiblement diminué.

Nous devons signaler, sans y insister, faute de renseignements suffisamment précis, les *phénomènes paralytiques* consécutifs aux accès.

Nous ne nous appesantirons pas davantage sur l'*ostéomalacie*, la description nécroscopique étant très détaillée. C'est là une complication très rare de l'épilepsie et nous terminerons en notant l'*absence de lésions des méninges et de la substance grise* chez une femme, vieille épileptique, atteinte de *démence* depuis plus de dix ans. L'un de nous a maintes fois insisté, soit dans le *Progrès médical*, soit dans les *Archives de neurologie*, sur ce fait singulier : à savoir que, dans certains cas de démence épileptique, comme celui qui précède, on ne trouve *aucune lésion*, tandis que, dans d'autres cas, *en apparence* semblables, on découvre des lésions très accentuées de *méningo-encéphalite* chronique plus ou moins généralisée.

IV.

Relation d'une épidémie de rougeole observée à l'hospice de Bicêtre dans la section des enfants épileptiques et idiots ;

Par BOURNEVILLE et BONNAIRE.

Dans le courant de janvier et février 1881, il est survenu dans le service une épidémie de *rougeole*, frappant les enfants idiots et épileptiques. Cette épidémie a présenté, dans son évolution, diverses particularités, dépendant et des conditions déplorables des salles et de l'état spécial des sujets atteints par la maladie : c'est ce qui nous a engagé à en publier la relation.

Le service se compose de 120 à 125 enfants. Ils sont divisés en deux groupes : l'un comprend les enfants qui fréquentent la grande école et couchent dans deux dortoirs distincts ; l'autre comprend les enfants idiots, infirmes, gâteux, dont une partie va à la petite école, l'autre restant jour et nuit dans la salle, au moins en hiver. Cette salle qui cube 1,005 mètres, sert à la fois de *dortoir* à toute la catégorie d'enfants dont nous parlons, et d'*infirmerie* tant pour eux que pour les enfants de la grande école. Cette réunion dans un même local, qui sert encore de *réfectoire*, d'enfants affectés de maladies aiguës et de gâtisme, suffit déjà, par elle-même, à infecter la salle. Or, l'infection est encore aggravée par l'encombrement, car, chaque soir on installe, entre les rangées de lits réglementaires, une ou deux rangées de lits supplémentaires. Il s'ensuit que la nuit, et le matin jusqu'à la descente des enfants à la petite école, l'atmosphère de cette salle est puante et insalubre ; que la visite de cette salle inspire à tout le monde un véritable dégoût. Dans le

jour, à partir de 9 ou 10 heures, quand tous les enfants valides sont descendus à la petite école, que les lits supplémentaires ont été enlevés, le sol lavé, l'air renouvelé par l'ouverture des fenêtres et assaini par des aspersions d'eau phéniquée et des fumigations, la salle devient à peu près abordable ; toutefois les odeurs qui persistent affectent désagréablement les visiteurs, non habitués à un tel milieu.

Ce sont les enfants de cette salle qui, du 8 au 16 janvier, au nombre de 17 sur 60, ont été atteints de rougeole. On conçoit, d'après la description que nous venons de tracer, que, en cas d'épidémie, le médecin se trouve en face de complications plus nombreuses et plus graves que celles qui se présentent dans un milieu nosocomial convenable, sans compter que ces enfants, en raison de leur maladie primitive — idiotie et épilepsie — qui les affaiblit, et de l'existence fréquente du lymphatisme, offrent moins de résistance aux affections de ce genre que les enfants ordinaires.

Comme on le voit, nous nous trouvions dans des conditions tout à fait défavorables. Nous devons ajouter qu'elles étaient encore aggravées par les difficultés habituelles d'un examen méthodique chez des enfants dénués d'intelligence. A l'absence de tout renseignement à tirer des malades, se joint leur insensibilité à la souffrance, leur défaut de réaction. C'est ainsi que, malgré la surveillance la plus attentive, certains de ces enfants ne sont venus à l'infirmerie qu'au moment de l'apparition de l'éruption.

En effet, le catarrhe oculaire, le coryza rubéoleux étaient souvent masqués par des inflammations chroniques des muqueuses oculaire et nasale ; la somnolence et l'abattement fébriles par la torpeur intellectuelle accoutumée des enfants. Quant à la constatation des complications, par exemple des accidents pulmonaires, elle était entourée encore de plus d'obstacles que chez les enfants ordinaires.

Nos observations se divisent naturellement en deux catégories : la première comprenant les cas simples, la

seconde les cas qui ont offert des complications. Pour les premiers, nous n'avons fait précéder la description de la rougeole que d'un résumé concis de la maladie primitive ; pour les seconds, au contraire, nous avons donné l'histoire complète, ce qui nous permettra, à l'occasion, d'insister sur certains caractères de l'épilepsie et de l'idiotie et rendra notre travail moins aride.

I. *Cas de rougeoles simples.*

Les cas qui composent ce groupe sont au nombre de 5 : 1 enfant épileptique, 1 enfant idiot et 3 enfants idiots et épileptiques.

OBSERVATION I. — *Idiotie.* — *Epilepsie.* — *Premières convulsions à 7 semaines.* — *Rumination.* — *Rougeole à 4 mois* (?). — *Rougeole.* — *Température.* — *Guérison.*

Juve..., Ferdinand, est entré à l'âge de 5 ans, à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), comme atteint d'*idiotie* et d'*épilepsie* le 20 décembre 1877.

Antécédents héréditaires. Rien du côté du *père.* La *mère* est très nerveuse, colérique ; un de ses cousins germains est mort fou. Pas de consanguinité. Deux enfants, dont l'un est mort ; l'autre est *notre malade.* La grossesse en a été accidentée par des peurs de la mère. Elevé au sein jusqu'à 26 mois, il a été atteint de ses *premières convulsions* à 7 semaines. Celles-ci consistaient en de petites *secousses* des bras, avec crispations des mains, et mouvements des globes oculaires. Ces accès légers ont été en augmentant de fréquence jusqu'à l'entrée à l'hospice. Le maximum en 24 heures a été de 30 ; jamais le minimum n'a été au-dessous de 7 à 8 dans le même temps. Juv... n'a marché qu'à 4 ans.

Rougeole (?) à 4 mois. — *Croup* à 5 ans. A 3 ans, *chute* sur la tête suivie d'un étourdissement prolongé.

Etat actuel : idiotie complète, gâtisme ; onanisme ; fréquents accès de colère, attention difficile à fixer. Juv..... ne prononce que les mots « papa, maman » ; il se montre assez caressant. L'*épilepsie* se manifeste chez lui par de grands *accès* et des *vertiges.* Il a eu en 1878, 89 accès ; en 1879, un seul accès ; en 1880, 141 accès et 40 vertiges.

1881. 12 *janvier.* L'enfant entre à l'infirmerie avec les signes d'une *rougeole* à la période *d'invasion ;* fièvre, somnolence, coryza ; conjonctivite avec photophobie. T. R 39°,8. — *Soir :* T. R. 40°.

13 *janvier*. Début de l'*éruption*. L'anesthésie ne siège

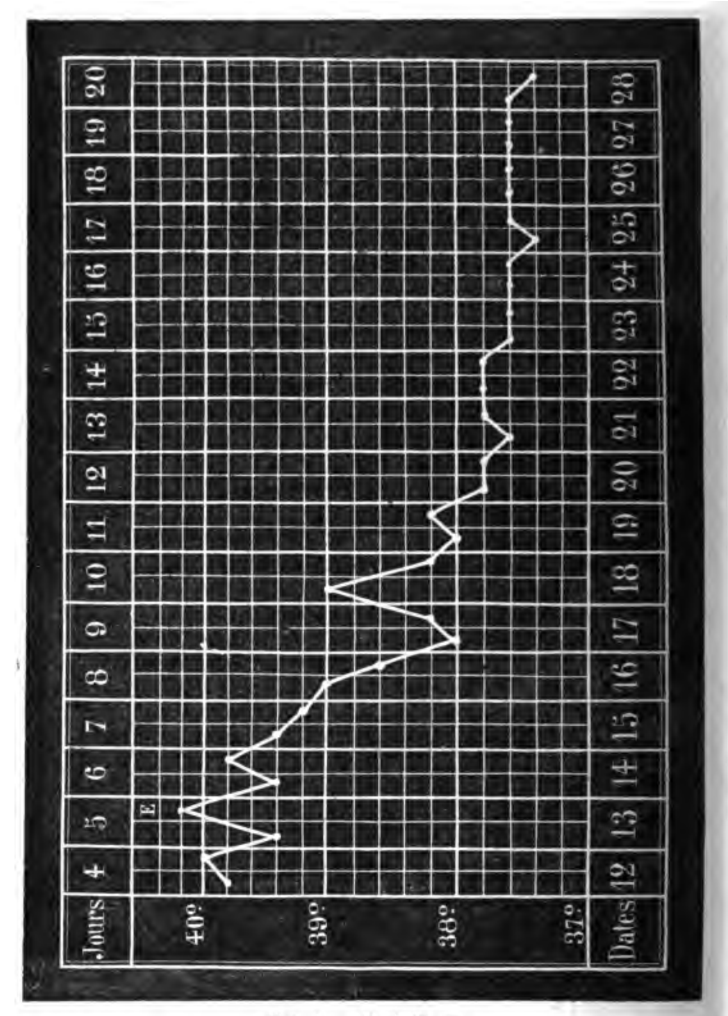


Fig. 4. — E, éruption.

qu'au bas du visage, surtout au menton. Les lèvres sont desséchées; la langue blanchâtre, avec piqueté rouge;

Fig. 5.



anorexie; météorisme, diarrhée glaireuse et jaunâtre très abondante. Toux sèche, bruyante; râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine. T. R. 39°,4. — *Soir:* T. R. 40°,2.

14 *janvier*. L'éruption se généralise. Les râles sous-crépitants persistent très nombreux. T. R. 39°,4. (Teinture d'iode, potion de Todd.) — *Soir:* T. R. 39°,8.

15 *janvier*. La diarrhée a cessé. Les râles sont sous-crépitants à droite de la poitrine, ronflants et très bruyants à gauche. T. R. 39°,4. — *Soir:* T. R. 39°,2.

16 *janvier*. T. R. 39°. — *Soir:* T. R. 38°,6.

17 *janvier*. T. R. 38°. — *Soir:* T. R 38°,2.

18 *janvier*. Encore un peu d'enchifrènement; respiration légèrement sifflante aux deux bases. L'enfant a mangé un peu de viande. T. R. 39°. (Bad. iodé). — *Soir:* T. R. 38°,2.

19 *janvier*. T. R. 38°. — *Soir:* T. R. 38°.

20 *janvier*. Grande amélioration dans l'état général; le malade demande à manger. On perçoit encore des râles sous-crépitants, fins, disséminés des deux côtés de la poitrine. T. R. 37°,8. (Bad. iodé.) — *Soir:* T. R. 37°,8.

21 *janvier*. T. R. 37°,6. (Vin de quinquina; huile de foie de morue; sirop d'iodure de fer). — *Soir:* T. R. 37°,8.

26 *janvier*. La température est en plateau, à 37°,6. L'enfant se lève. (*Fig*. 4).

14 *février*. L'enfant sort de l'infirmerie.

Notons, dès maintenant, que J... a eu un accès le 8 janvier, c'est-à-dire avant la période prodromique ou au début et qu'il n'en a pas eu jusqu'au 14 février.

Observation II. — *Epilepsie. — Débilité mentale consécutive. — Teigne. — Rougeole: accidents pulmonaires et intestinaux. — Adénites et blépharite consécutives. — Persistance de la teigne. — Suspension des accès.*

Charm., Emile, âgé de 5 ans, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. Bourneville), le 16 novembre 1880.

Père rhumatisant; mère très nerveuse; *consanguinité*. (L'enfant est issu de cousins germains).

Premier accès d'épilepsie à trois ans, le second, un mois après. Un an plus tard les accès deviennent diurnes et nocturnes et s'entremêlent de vertiges. — Maximum en vingt-quatre heures, deux; maximum des vertiges, cinq ou six, pendant le jour. — Pas d'aura, ni de stertor.

L'enfant mange, marche et s'habille seul, commence à lire; habitudes d'onanisme, irascibilité.

Affections antécédentes : impétigo du cuir chevelu, coqueluche à deux ans et demi, teigne en voie d'amélioration.

12 *janvier*. Éruption de la *rougeole* : depuis cinq jours, l'enfant toussait, était devenu maussade. L'exanthème apparaît sur tout le corps, avec son maximum au niveau des joues et du menton. A ce niveau, les taches rubéoliques sont surélevées et disposées en corymbes. Sur les membres, elles sont pâles, sans relief, espacées.

Langue saburrale ; à travers l'enduit blanchâtre, se détache un piqueté rouge, dû à l'érection des papilles, anorexie, diarrhée visqueuse, infecte, jaune-verdâtre ; selles involontaires (l'enfant est gâteux). Léger ballonnement du ventre. Le malade est somnolent, demande souvent à boire. A l'auscultation, on entend de gros râles disséminés des deux côtés de la poitrine ; toux bruyante, éclatante. Les yeux, atteints de conjonctivite antécédente, ne présentent rien d'anormal. T. R. 39°,8. (Tisane de bourrache). Un accès.

Soir : T. R. 40°,4.

13 *janvier*. L'éruption affecte la forme boutonneuse sur le visage ; elle est cohérente à la base du thorax, à l'épigastre; peu abondante sur les membres. Fuliginosités des lèvres ; léger coryza. Respiration rude ; la diarrhée persiste depuis trois jours. T. R. 40°. (Eau de chaux, 60 gr., avec laudanum de Syd., 3 gouttes). Un accès. — *Soir* : T. R. 39°,4.

14 *janvier*. Râles sous-crépitants surtout au niveau du poumon droit ; la diarrhée a un peu diminué. T. R. 39°,6; (badigeonnage iodé, Julep diacode avec rhum, 30 gr.) — *Soir* : T. R. 38°,4. Pas d'accès.

15 *janvier*. Gros râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine, la diarrhée continue. T. R. 38°,8. — *Soir* : 39°,8. Deux accès. — 16 *janv*. T. R. 39°,8 matin et soir.

17 *janvier*. Desquamation, le coryza a cessé, on entend encore quelques râles avec respiration rude surtout à droite. La langue se déterge, cessation de la diarrhée. — T. R. 38°,8. — *Soir* : 40°.

18 *janvier*. T. R. 39°,8. — *Soir* : 40°.

19 *janvier*. Râles nombreux. T. R. 40°. (Bad. iodé). *Soir* : T. R. 39°,2.

20 *janvier*. Les phénomènes thoraciques s'atténuent ; T. R. 38°,6. — *Soir* : 39°.

22 *janvier*. Respiration rude, avec râles ronflants à droite. (Bad. iodé). T. R. 38°,6. — *Soir* : 38°,6.

23 *janvier*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°.

24 *janvier*. Quelques râles bronchiques ; l'enfant va mieux, mange un peu de viande rôtie; la température se maintient à 38°. (*Fig*. 5.)

25 *janvier*. Sirop d'iodure de fer, vin de quina, huile de foie de morue.

1er *février*. Blépharite. Tuméfaction des ganglions du cou.

4 *février*. Persistance de l'adénopathie et de la blépharite. Apparition d'une plaque d'*herpès circiné* au niveau de la région moyenne du cou. La teigne est au même degré qu'avant la rougeole. Aujourd'hui, trois accès d'épilepsie. Après avoir manqué pendant le cours de la rougeole, les manifestations de la névrose ont reparu il y a six jours.

5 *février*. A la suite de ses accès, nous trouvons l'enfant prostré, pâle, immobile au lit; ses membres sont agités de secousses assez rapprochées. T. R. 37°,8.

12 *février*. L'enfant est guéri. Les accès d'épilepsie ont repris leur cours, l'impétigo et l'adénite cervicale restent dans le *statu quo*. Traitement anti-scrofuleux.

Cet enfant a eu des *accès d'épilepsie* les 8, 9, 10, 12, 13 et 15 janvier, alors qu'il était à la *période des prodromes* et à la *période d'éruption* de la rougeole (8-15 janv.) ; puis les accès ont été suspendus jusqu'au 4 février. Il avait eu 17 accès et 60 vertiges en décembre 1880. La rougeole n'a pas modifié la *teigne* qui existait auparavant.

Observation III. — *Idiotie complète consécutive à des convulsions. — Rougeole. — Adénites et otite.*

Charpent..., Joseph, âgé de 10 ans, est entré à Bicêtre, le 1er octobre 1879 (service de M. Bourneville).

Père, 59 ans, fruitier; très nerveux; fait des excès de boisson; accidents névropathiques dans sa famille. *Mère*, bien portante. Pas de consanguinité. — Cinq enfants, dont deux morts, mais sans manifestations nerveuses.

Notre malade. Jusqu'à six ans, il n'a rien présenté d'anormal. A cette époque, *premières convulsions*. A partir de six ans et demi, bien qu'ayant diminué de fréquence, les convulsions se reproduisaient néanmoins jusqu'à 2 ou 3 fois par semaine. Depuis deux ans, il n'y en a plus.

Etat actuel : Idiotie complète (salacité, gâtisme, absence de la parole, cris fréquents); conformation régulière.

1881. 17 *janvier*. L'enfant entre à l'infirmerie avec une

rougeole en pleine éruption. L'exanthème se montre abondant à la face, au cou, sur le tronc; il est peu marqué sur

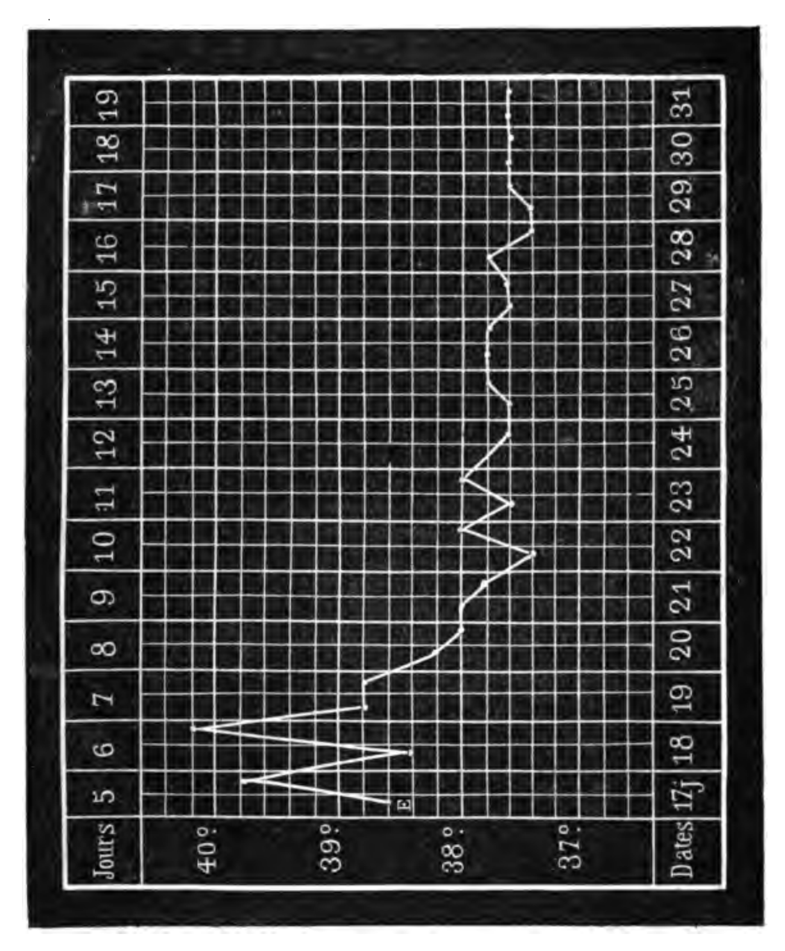


Fig. 6.

les membres; conjonctivite légère; coryza. A l'auscultation, nombreux râles sous-crépitants, surtout à gauche de la poitrine. Toux peu fréquente. Anorexie complète; pas de diarrhée. T. R. 38°,6 (teint. iode). — *Soir* : T. R. 39°,8.

18 *janvier*. Diarrhée. T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 40°,2.
19 *janvier*. T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 38°,8.
20 *janvier*. La diarrhée a cessé, abondante épistaxis, ce matin ; la respiration est rude aux deux bases pulmonaires, surtout à gauche, avec des râles ronflants. T. R. 38°,2. *Soir* : T. R. 38°.
21 *janvier*. L'enfant mange un peu de viande rôtie et du potage. A la base de la poitrine, on entend un grand nombre de râles sonores. T. R. 38° (bad. iodé). — *Soir* : T. R. 37°,8.
24 *janvier*. L'appétit est normal ; l'enfant va bien ; l'auscultation est rendue impossible par suite des cris qu'il pousse d'une façon continue. La courbe thermométrique se maintient aux environs de 37°,5.
25 *janvier*. Conjonctivite légère (huile de foie de morue ; vin de quina ; sirop d'iodure de fer).
27 *janvier*. Les régions cervicale et inguinale sont le siège d'une polyadénite indolente ; on constate une fois de plus, un suintement purulent de l'oreille droite (inject. au sulfate de zinc et laudanum).
29 *janvier*. L'écoulement de l'oreille a presque disparu ; la respiration est encore un peu rude à la base des poumons et mélangée de gros râles ronflants (bad. iodé). La courbe thermométrique se maintient uniformément à 37°,6. (*Fig*. 6.)
7 *février*. La respiration est redevenue normale. L'enfant est entièrement guéri.
14 *février*. Ch... quitte l'infirmerie.

Nous nous bornerons, pour l'instant, à signaler la régularité du tracé thermométrique, les ascensions vespérales du cinquième et du sixième jours, suivies d'une descente progressive : la rougeole, d'ailleurs, a eu une marche simple et régulière.

Observation IV. — *Idiotie et épilepsie. — Iodure d'éthyle. — Rougeole ; épistaxis.*

Jans..., Jean, est entré à Bicêtre le 19 avril 1877 (service de M. Bourneville.) Il est âgé de 9 ans.

Idiotie et épilepsie. J... ne parle pas, il est gâteux, mais pendant la nuit seulement. D'ordinaire assis sur une chaise, il aime à s'y balancer. L'épilepsie se manifeste par des accès fréquents. Leur maximum a été de 29 en un mois. (Mai, 1879). Leur fréquence a été relativement moindre en

1880. Vers la fin de cette même année, on a institué le traitement par les inhalations d'*iodure d'éthyle*.

1881. 13 *janvier*. L'enfant présente les symptômes d'une *rougeole* à la période d'*invasion* : coryza, conjonctivite, épistaxis, toux quinteuse coïncidant avec une rudesse respiratoire généralisée à toute la poitrine. T. R. 39°,4. — *Soir* : T. R. 40°.

14 *janvier*. Deuxième épistaxis dans la nuit ; même état. T. R. 39°,4. — *Soir* : T. R. 40°,4.

15 *janvier*. L'exanthème a paru ce matin ; il se montre surtout à la face ; il est d'ailleurs peu accusé. Début de la diarrhée. L'auscultation décèle des râles sous-crépitants à droite de la poitrine, une respiration rude à gauche. T. R. 38°,6 (jaborandi, 1 gr.). — *Soir* : T. R. 40°,8.

16 *janvier*. T. R. 40°,2. — *Soir* : T. R. 40°.

17 *janvier*. T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 39°,8.

18 *janvier*. L'éruption persiste, ainsi que la conjonctivite. Les symptômes thoraciques ont disparu. T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 38°,4.

20 *janvier*. L'appétit revient, le malade a commencé hier à manger de la viande. T. R. 38°,2.— *Soir* : T. R. 39°.

25 *janvier*. L'enfant est en convalescence (sirop d'iodure de fer ; huile de foie de morue ; vin de quinquina). La courbe thermométrique se maintient autour de 38°. (*Fig*. 7.)

30 *janvier*. La température est stationnaire à 37°,6.

1er *février*. Quelques petites *adénites* cervicales.

5 *février*. Les manifestations ganglionnaires ont disparu. L'enfant est guéri.— 14 *février*. Jaus... quitte l'infirmerie.

OBSERVATION V. — *Convulsions. — Idiotie.— Epilepsie. — Accidents paralytiques transitoires consécutifs aux accès. — Instinct musical. — Rougeole.*

Vaut..., Ernest, âgé de 6 ans, à son entrée le 25 mai 1878 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents héréditaires. *Père*, 43 ans, scrofuleux très accentué, sujet à se trouver mal par suite d'émotions, de coups, etc.— *Mère*, 40 ans, très nerveuse ; à l'occasion de sa quatrième grossesse, elle est restée pendant deux mois sous l'influence « d'idées tristes », avec propension au suicide, qui ont nécessité une surveillance continue.—*Grand'mère maternelle* morte à 62 ans, d'un cancer utérin. — Pas de consanguinité.

Six enfants, dont quatre sont morts. L'un deux, frère

jumeau de notre malade, a succombé aux *convulsions* le troisième jour après la naissance.

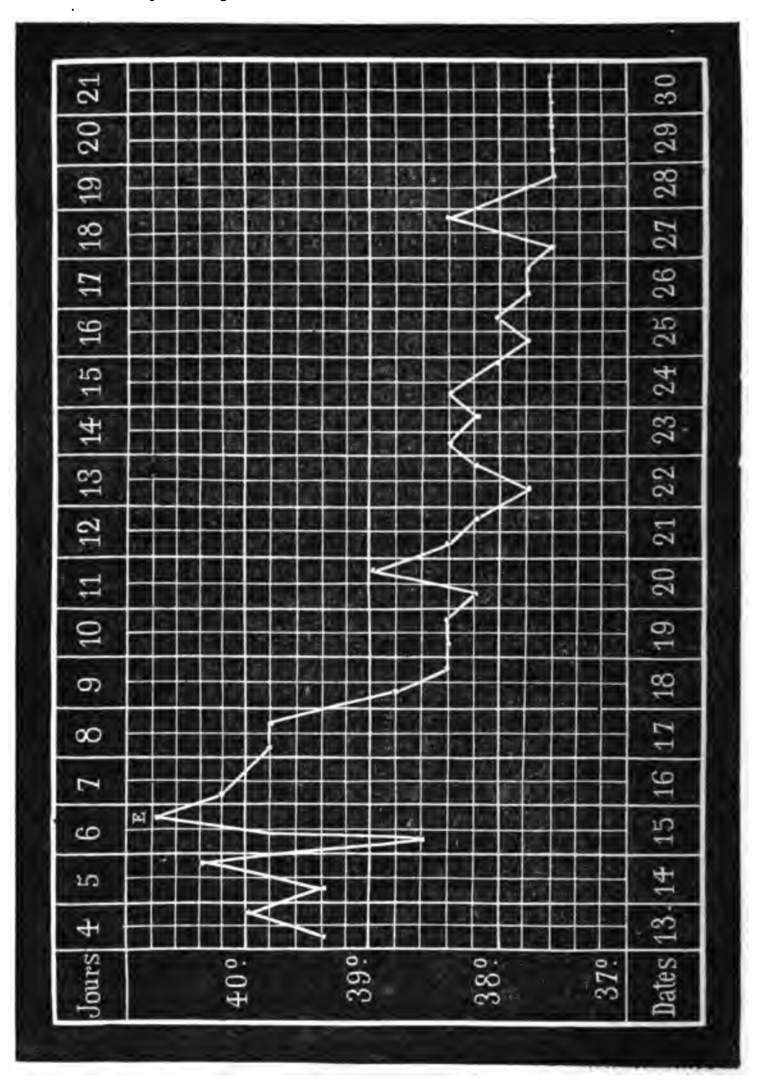


Fig.

Notre malade. La grossesse fut accidentée par des émotions. La conception date de *mai* 1871. Au cinquième mois, la mère fit une chute dans laquelle elle eut plus à souffrir de la peur que du choc. Vers le septième mois, nouvelle émotion par suite d'un incendie ; elle fut, en outre, prise de tremblement. Malgré des menaces de fausse couche, l'accouchement se fit à terme, facile. L'enfant fut élevé au biberon jusqu'à l'âge de 3 ans. Il a commencé à marcher à 4 ans : « il est parti tout d'un coup. »

Dès la naissance,on remarqua que les yeux se tournaient (*convulsions internes*). A deux mois, Vaut... fut pris de *convulsions*, telles que nous les observons aujourd'hui. Pendant 21 jours, il y eut des accès quotidiens d'une durée de 5 à 6 heures, à la suite desquels survenait une *paralysie du côté gauche*. Pendant les crises, on assure que « les mouvements étaient pareils des deux côtés. » Le pouce gauche resta six mois contracturé dans la paume de la main, et, pendant près d'un an, le bras demeura inerte.

Depuis ce moment, les accès se sont reproduits presque tous les jours et cela aussi bien la nuit que dans la journée. Il y en eut jusqu'à 17 en deux heures. En 1876, il y eut une rémission de six mois, sous l'influence du traitement par le bromure de potassium.

Immédiatement après les accès, pendant environ une demi-heure, on observait une *faiblesse de la jambe gauche* dans la marche. En dehors des accès, celle-ci était normale.—Jusqu'à l'entrée à l'hospice, Vau... n'a été susceptible d'aucune éducation. La *parole* date de la cinquième année. Vau... est affectueux, il reconnaît ses parents. Il aime à jouer avec tout objet qu'il rencontre. Entêté et capricieux, il pousse des cris aigus, jusqu'à ce qu'on ait cédé à sa fantaisie.

1879. 29 *octobre*. *Etat actuel*. Conjonctivite granuleuse ; gâtisme, marche normale ; parole presque nulle ; l'enfant répète incessamment les mots « bibi coco », d'où le surnom de *Bibi-Coco* qui lui a été donné par les autres enfants. Il mange seul, à l'aide de la cuiller. Il retient avec facilité les airs qu'il entend et chantonne continuellement.

1881. 12 *janvier*. Aparition de l'*exanthème rubéolique*. Depuis quelques jours, l'enfant semblait endormi, ne mangeait pas, toussait et avait des frissons. Nous le trouvons dans un état de somnolence et d'abattement. La face est rouge, tuméfiée. L'éruption est discrète, sans affecter de forme particulière. Des taches, abondantes sur le visage et

le cou, se montrent rares sur le tronc et font défaut aux membres. Les yeux, déjà atteints de conjonctivite chronique, sont larmoyants. A l'auscultation, on entend quelques râles sonores disséminés ; diarrhée jaunâtre, peu abondante. T. R. 40°,2. (Julep kermès, 15 cent.). — *Soir :* T. R. 39°,8.

13 *janvier.* Sur les pommettes, l'éruption est très confluente ; elle se présente sous forme de plaques rouges et lisses. La conjonctivite est intense ; photophobie. Respiration rude, surtout à droite. La diarrhée diminue. T. R. 40°. — *Soir :* T. R. 40°,6.

14 *janvier.* Râles ronflants et sous-crépitants surtout à droite. T. R. 40°. (Bad. iodé ; julep diacode avec rhum 40 gr.) — *Soir :* T. R. 38°,2.

15 *janvier.* L'éruption commence à disparaître ; l'état général s'améliore ; la diarrhée a cessé. T. R. 38°,6. — *Soir :* T. R. 39°,8.

18 *janvier.* Les symptômes du côté de la peau et de la poitrine ont entièrement disparu. Le malade mange un peu. T. R. 38°,4. — *Soir :* T.R. 38°,2. La courbe thermométrique est graduellement descendue à 38°.

21 *janvier.* L'enfant mange avec appétit et est gai. T. R. 37°,8. (Vin de quinquina ; sirop d'iodure de fer ; huile de foie de morue). — *Soir :* T. R. 38°.

14 *février.* L'enfant sort de l'infirmerie.

A part quelques accidents légers, tels qu'une exaspération passagère du catarrhe pulmonaire, se traduisant sur les tracés thermométriques par une élévation momentanée, ces cinq cas ont eu une marche régulière. Nous entrerons plus loin dans quelques détails sur la température et nous signalerons seulement aujourd'hui la partie relative à la descente progressive de la température (*Fig.* 3, 4, 5, 6 et 7).

II. *Cas de rougeole avec complications.*

Les cas qui composent ce groupe sont les plus nombreux : 12 sur 17. Nous les diviserons en deux catégories : la première embrassera les cas dans lesquels les complications ont été combattues avec succès ; la seconde comprendra ceux dans lesquels les complications ont abouti à une terminaison fatale.

Observation VI. — *Idiotie. — Antécédents héréditaires.*

*— Consanguinité. — **Malformations.** — Rougeole. — Broncho-pneumonie.*

We... Georges, âgé de 7 ans, est entré le 10 novembre 1876, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Père, 34 ans, charretier, de santé débile (un frère de la *mère* était faible d'esprit). — *Mère*, 27 ans, couturière, très impressionnable; elle aurait eu de nombreuses *attaques de nerfs* de 10 à 17 ans.

Consanguinité. (Cousins issus de germains). — Quatre enfants : 1° notre malade ; — 2° garçon mort de méningite à 22 mois ; — 3° garçon de 6 ans, avec *fissure congénitale de la voûte palatine* et *du voile du palais* ; — 4° fille mort-née.

Notre malade. Grossesse accidentée par des émotions. L'enfant fut élevé au biberon jusqu'à 4 mois. Jamais de convulsions, mais fréquents accès de colère avec cris.

État actuel. Idiotie complète : station debout impossible ; absence de parole et de sentiments affectifs (cependant W... aime à être caressé) ; gâtisme ; salacité. L'enfant est gros, gras, et, au physique, se fait remarquer par la largeur extraordinaire de sa bouche.

1881, 13 *Janvier.* — *Rougeole.* Apparition de l'exanthème ce matin. L'éruption se voit à la face, sur le tronc, sur la paroi antérieure du thorax, à la racine des cuisses, sur les membres, mais dans le sens de l'extension seulement.

L'enfant est bruyant et pleure. Conjonctivite et photophobie intense, coryza, respiration rude, sans râles. T. R. 40°. (Julep kermès ; bourrache.) — *Soir* : T. R. 40°,6.

14 *Janvier.* L'éruption pâlit. En outre de la respiration rude, l'auscultation décèle quelques râles. T. R. 40°,2. — *Soir* : T. R. 40°,2.

15 *Janvier.* Légère amélioration. T. R. 40°. — *Soir* : T. R. 40°.

16 *Janvier.* T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 40°.

17 *Janvier.* L'éruption a disparu. Toux presque continuelle, avec oppression forte ; souffle tubaire, à gauche, dans le tiers supérieur du poumon ; respiration très rude, avec râles crépitants à droite. — Le facies reste bon. T. R. 38°,2. (Vésicatoire à gauche de la poitrine ; teinture d'iode à droite). — *Soir* : T. R. 40°.

18 *Janvier.* — Toux quinteuse, sourde ; dyspnée. Le souffle a disparu ce matin, mais on entend, disséminés dans toute la poitrine, de nombreux râles sous-crépitants fins. T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 40°.

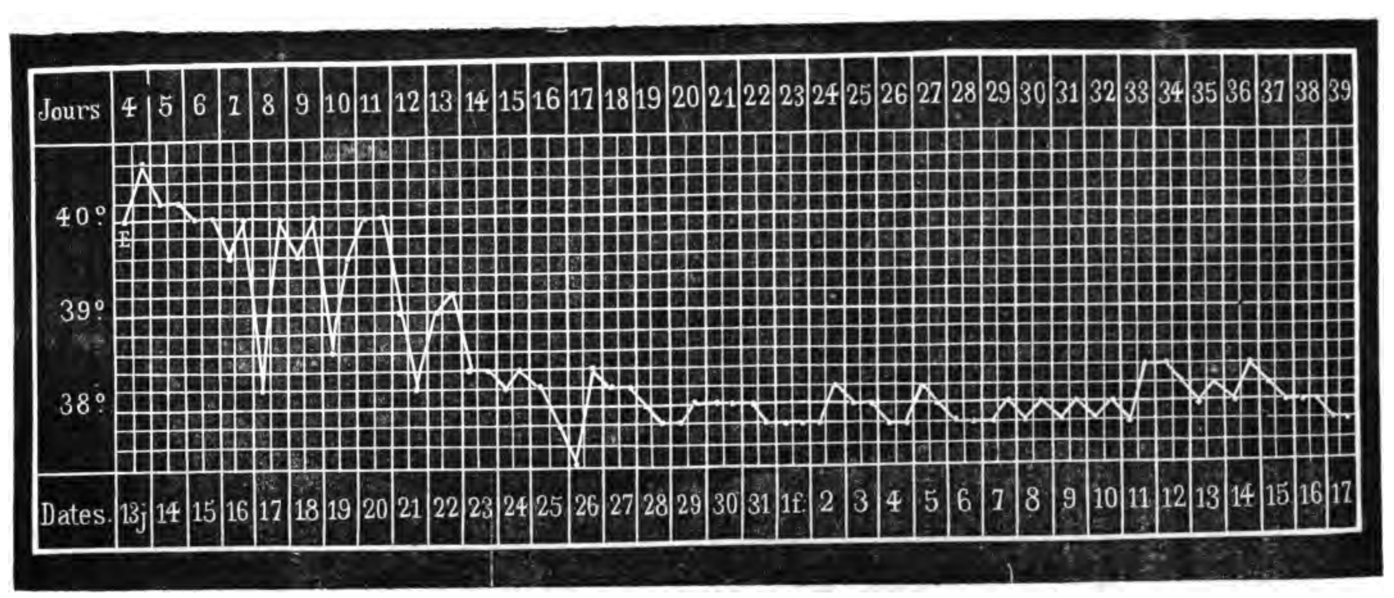

Jours
4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39
40°
E
39°
38°
Dates.
13j 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1f. 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Fig. 8.

19 *Janvier*. T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 39°,7.

20 *Janvier*. Souffle tubaire dans presque toute l'étendue du poumon gauche (3 ventouses scarifiées) : à droite, râles sous-crépitants très abondants (6 ventouses sèches). T. R. 40°,1. — *Soir* : T. R. 40°.

21 *Janvier*. — Le souffle a presque entièrement disparu du côté gauche ; la respiration est un peu soufflante à droite ; persistance des râles. L'enfant prend du lait avec appétit. T. R. 39°.— *Soir* : T. R. 38°,2.

22 *Janvier*. — Moins de somnolence. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,2.

26 *Janvier*. — La température est graduellement descendue à 37°,4. (Julep extrait quinquina 3 gr., rhum 50 gr.). Le *soir*, ascension brusque de la température : 38°,4.

27 *Janvier*. Sonorité normale dans toute la poitrine. Le malade reste toute la journée assis sur son lit. T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 38°,2.

29 *Janvier*. Râles sous-crépitants disséminés dans toute la poitrine ; léger souffle à la base du poumon gauche. La température oscille autour de 38°. (*Fig*. 8).

31 *Janvier*. — Le souffle s'est accentué du côté gauche. — Pas de matité, ni de dyspnée. (Julep kermès 0 gr. 15 ; potion de Todd).

1er *Février*. — Apparition d'une plaque d'impétigo sur le nez et sur la paupière inférieure, à droite.

4 *Février*. — Respiration soufflante des deux côtés, mélangée de nombreux râles sous-crépitants. T. R. 37°,8. — (Teinture d'iode à droite). — *Soir* : T. R. 37°,8.

5 *Février*. — Légère *épistaxis*, ce matin. Submatité à la base du poumon droit. Du même côté de la poitrine, râles bruyants, superficiels, à l'inspiration ; souffle à l'expiration. A gauche, mêmes symptômes, mais moins accusés. L'enfant mange du lait et des potages. (Nouvelle application de teinture d'iode).

6 *Février*. Le souffle à l'expiration du côté droit a disparu ; à gauche, au contraire, il est devenu très intense aux deux temps.

10 *Février*. L'expiration est encore franchement soufflante à gauche ; râles sous-crépitants abondants dans toute la poitrine. L'état général paraît satisfaisant. La température oscille régulièrement de 37°,8 à 38°.

12 *Février*. — A droite de la poitrine, légère submatité et quelques râles sous-crépitants ; à gauche, autant que le permettent les cris incessants de l'enfant, on ne constate rien d'anormal.

15 *Février*. L'expiration est légèrement soufflante des deux côtés de la poitrine; l'enfant ne tousse plus; il mange et il joue, assis sur son lit.

28 *Février*. Il existe encore, par places, de la respiration soufflante, mélangée de râles sous-crépitants à timbre métallique. La température est en plateau, à 37°,8.

28 *Mars*. L'enfant est revenu à son état de santé habituelle; toutefois, on perçoit encore, à l'auscultation, quelques râles sous-crépitants, prédominant du côté gauche de la poitrine.

Dans l'observation de W..., sujet qui présente au complet l'idée de l'idiotie absolue, et, en outre, fortement entaché de scrofule, la rougeole n'est devenue manifeste que le jour de l'éruption. Il est à noter que chez cet enfant, d'ordinaire plongé dans une torpeur profonde, au lieu de la somnolence qui est de règle à cette période, nous avons observé une agitation extrême, avec pleurs, cris, etc. L'éruption, généralisée le premier jour, pâlit dès le second, tandis que la température restait élevée au-dessus de 40°. Ce fait nous mit tout d'abord en garde contre quelques complications. Le huitième jour de la maladie, il y eut défervescence brusque et fugace de deux degrés. Dès le soir les symptômes thoraciques s'aggravaient et la courbe thermométrique atteignait de nouveau le chiffre de 40° et se maintenait autour de ce chiffre pendant 48 heures. Le douzième jour, survint enfin une véritable défervescence et à partir de là, le tracé thermométrique oscilla autour de 38°.

OBSERVATION VII. — *Idiotie : Premiers indices de l'absence d'intelligence.— Rumination des liquides.— Amélioration. — Ictère. — Rougeole ; broncho-pneumonie. — Guérison.*

Cli..., Ernest, âgé de 11 ans, est entré à l'hospice de Bicêtre, le 12 mai 1876 (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (22 janvier 1881). *Père*, mort d'anémie pernicieuse progressive (?) à l'âge de 33 ans (1873), miroitier et par suite accoutumé à manipuler le *mercure* (1). Très nerveux, il était sujet à de violentes

(1) Voir Roque (F.). — *Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente*; 1872.

migraines, et dès le début de sa maladie, à des vertiges et des palpitations cardiaques. [*Père* et *mère*, sains. Un frère est mort soldat en Afrique, où il avait été envoyé pour avoir déserté ; il était faible d'esprit. Un autre, Mathieu Cli..., fut enfermé à Bicêtre comme aliéné. D'après les certificats médicaux (Berthier), il était atteint d'alcoolisme avec délire de persécution et affaiblissement des facultés intellectuelles.]

Mère, 36 ans, couturière, intelligente, sans accidents névropathiques. Elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu. [*Père* rhumatisant ; pas de troubles nerveux dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Trois enfants et une fausse couche : 1° fausse couche à 4 mois, à la suite d'un effort ; 2° fille morte à deux mois, sans convulsions ; 3° notre malade ; 4° fille intelligente, bien conformée.

Notre malade. Grossesse bonne ; toutefois, vers la sixième ou huitième semaine, la mère eut une peur vive occasionnée par la vue d'un rat : elle faillit se trouver mal, et, depuis ce moment, le moindre bruit, comme parler haut brusquement, devant elle, la faisait tressaillir, ce qui n'arrivait pas auparavant. Accouchement à terme et facile. L'enfant, à la naissance, était chétif et resta six jours sans vouloir prendre le sein. Déjà il avait « un drôle de cri. » « Il ne venait pas comme les autres enfants ; ne jasait pas, ne s'intéressait à rien. » La dentition a commencé vers le 7e ou 8e mois, pour se terminer à 3 ans et demi. L'éruption de la dernière dent s'est accompagnée de *convulsions* violentes qui ont duré plusieurs heures. Cl.... n'a marché que vers le trentième mois et n'est devenu propre qu'à la deuxième année. Pris de diarrhée peu après son arrivée à Bicêtre, il est redevenu gâteux. Jusqu'à son admission à l'hospice, le petit malade était violent, enclin à la colère, qu'il tournait, quelle qu'en fût la cause, contre sa sœur. Il aimait à jouer et quelquefois savait présenter les objets qu'on lui demandait ; sa distraction favorite consistait à enlever et à remettre sa chaussure. Il cherchait volontiers à imiter ce qu'il voyait faire. Chez lui, les mouvements des deux mains étaient constamment coordonnés ; il ne pouvait, par exemple, ouvrir ou fermer la main droite sans que la gauche exécutât simultanément le même mouvement. Le libre exercice des membres inférieurs, dans la marche, était également soustrait à l'action de sa volonté. Il marchait ou plutôt « trottait » et « il fallait qu'il eût un but pour s'arrêter. » En décembre 1879, conjonctivite.

1880. *Janvier*. L'enfant est gourmand, vole les aliments de ses camarades, et mange avec ses mains. Souvent, après le repas, on note des régurgitations (rumination pour les liquides) (1). Il est gâteux, mais non salace. Le plus souvent il reste assis à la même place, les bras entre-croisés et les poings reposant sur les côtés du cou. La parole est nulle. Il ne sait ni s'habiller ni se laver. Il est envoyé à la petite école et soumis en particulier aux exercices de gymnastique.

Juin. L'enfant, qui ne savait dire que le mot « non » à son entrée, prononce assez facilement les mots « maman, papa, dodo, bonjour. » Il se sert aujourd'hui pour manger, d'une cuiller et d'une fourchette. Les fonctions digestives se font régulièrement chez lui ; les régurgitations persisteraient après les repas ; il est toujours gourmand, mais ne vole plus les aliments des autres enfants. Il ne gâte plus depuis le milieu de novembre. L'attitude habituelle, dans la station debout, est la même. Habitude d'onanisme. Cli.... est assez affectueux, surtout pour les personnes chargées de son éducation, il aime qu'on le caresse ; il a pris en grippe un de ses camarades. Il sait maintenant se laver, se déshabiller, mais il est encore incapable de s'habiller. Il fait quelques exercices de gymnastique : par exemple, il monte à l'échelle, mais ne sait en descendre.

1881. 5 *janvier*. Ictère généralisé, très prononcé, qui persiste durant plusieurs jours.

11 *janvier*. *Soir* : T. R. 38°,8.

12 *janvier*. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 39°,8.

13 *janvier*. Apparition de la *rougeole* : épistaxis ce matin, coïncidant avec l'*éruption*. L'exanthème siège aux pommettes, au menton et sur les membres, mais dans le sens de la flexion seulement ; rien sur le thorax ni l'abdomen. —Conjonctivite avec larmoiement et photophobie ; pas de coryza. — Respiration rude, sans râles ; toux peu fréquente. Un peu de diarrhée. Dans l'avant-dernière nuit a eu lieu la défervescence type de l'invasion ; la courbe est descendue à 37°,8. Ce matin : T. R. 39°,8. *Soir* : T. R. 40°,6.

14 *janvier*. Râles sous-crépitants fins au sommet du poumon gauche ; en ce même point la respiration prend un caractère légèrement soufflant. T. R. 39°,6. (Vésicatoire, vin de quinquina, julep kermès 0 gr. 15.) — *Soir* : T. R. 40°.

(1) Il ramène dans sa bouche non seulement le liquide de la soupe mais encore le pain, puis ravale le tout.

15 *janvier*. Même état à l'auscultation. T. R. 39°,2. *Soir*: T. R. 39°,2.

16 *janvier*. T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 40°.

17 *janvier*. La respiration n'est plus soufflante au sommet du poumon gauche ; dans toute la hauteur de ce poumon, gros râles sous-crépitants ; à droite, la respiration est très soufflante, à la base, sans râles. T. R. 38°,4. (Sinapisme sur le thorax, à droite ; potion de Todd.)—*Soir :* T. R. 40°.

18 *janvier*. La desquamation commence ; la conjonctivite persiste ; la langue reste saburrale ; la diarrhée a disparu. Respiration très soufflante à gauche ; à droite, râles persistants, dyspnée. T. R. 39°,2 (ventouses sèches). *Soir :* la toux est pénible ; la dyspnée est encore très forte ; T. R. 40°,2.

19 *janvier*. Respiration soufflante du côté droit. T. R. 38°,8 (vésicatoire). — *Soir :* T. R. 40°,4.

20 *janvier*. Même état à l'auscultation. Le malade conserve cependant un faciès normal. T. R. 39°. — *Soir :* T. R. 40°.

21 *janvier*. La respiration est très soufflante des deux côtés de la poitrine. Le faciès est cyanosé ; les extrémités sont froides et violacées. T. R. 38°,8. (Vésicatoire à gauche ; à droite 2 ventouses scarifiées).—*Soir* : T. R. 39°,4.

22 *janvier*. T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 39°,8.

23 *janvier*. T. R. 39°. —*Soir* : T. R. 40°,2.

24 *janvier*. Mêmes symptômes thoraciques, même état général ; persistance de la dyspnée. T. R. 38°,6. (Sinapismes aux jambes). — *Soir* : T. R. 39°,2.

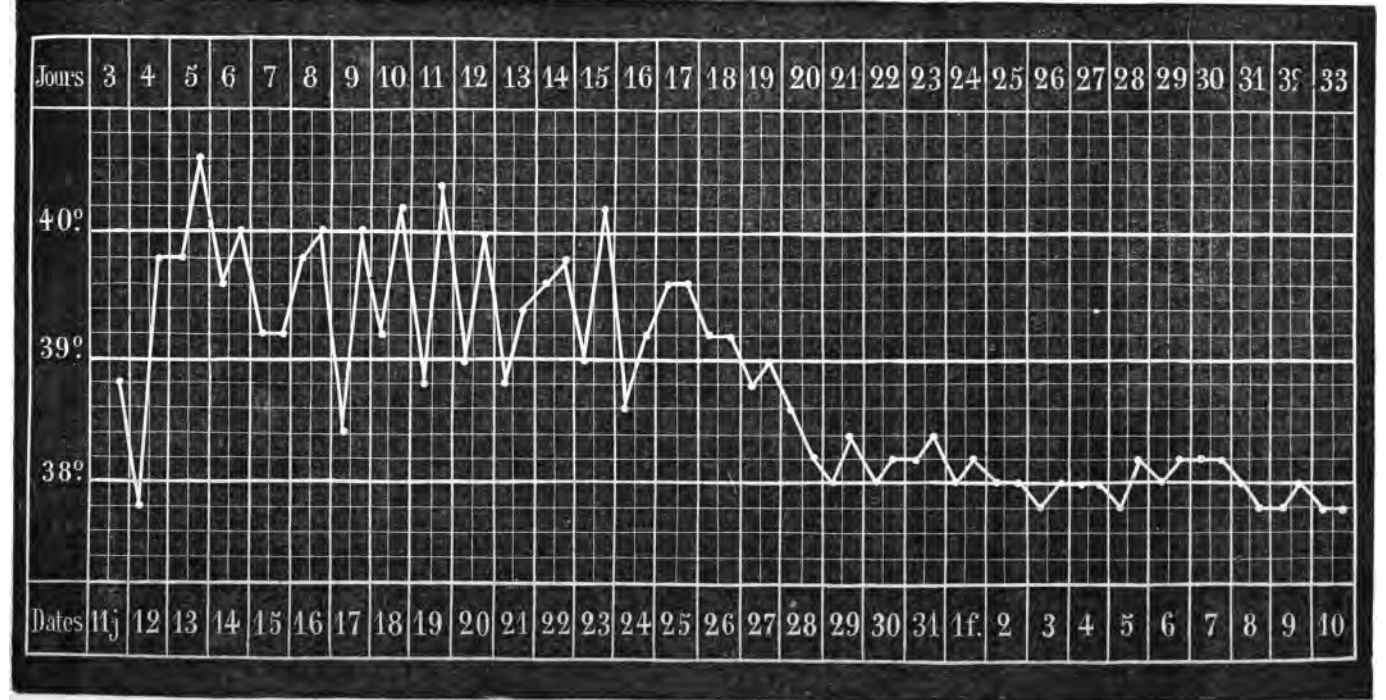
25 *janvier*. Souffle tubaire à la base du poumon gauche ; râles fins ; expiration soufflante à droite. T. R. 39°,6. (Potion avec extrait de quinquina 3 gr. et rhum 50 gr., café, conserve de Damas 50 gr., bouillon et lait.) — *Soir* : T. R. 39°,6.

26 *janvier*. Mêmes signes à l'auscultation. L'enfant est moins abattu. T. R. 39°,2. — *Soir* : T. R. 39°,2.

27 *janvier*. L'état général s'améliore. Le souffle a disparu ; il cxiste encore des râles sous-crépitants fins à la base du poumon gauche ; à droite, gros râles sous-crépitants. T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 39°.

28 *janvier*. Expiration soufflante avec gros râles sous-crépitants à droite de la poitrine ; à gauche et à la base, souffle tubaire très accentué. T. R. 38°,6. *Soir* : T. R. 38°,2.

29 *janvier*. A gauche, le souffle a fait place à la respiration bronchique ; on perçoit des râles sous-crépitants très fins et superficiels, simulant des frottements pleuraux.



Jours
3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 33
40°
39°
38°
Dates
11j 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1f. 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fig. 9.

A droite, l'état du poumon s'améliore. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°,4.

30 *janvier*. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°,2.

31 *janvier*. La respiration est encore soufflante, mélangée de râles sous-crépitants, néanmoins l'état général se relève de jour en jour ; il n'y a pas de dyspnée. T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 38°,4.

3 *février*. Même état de la poitrine ; les râles sous-crépitants, très fins, prennent un timbre métallique prononcé des deux côtés. La courbe thermométrique oscille de 1 ou 2 degrés autour de 38°. (*Fig.* 9).

5 *février*. La poitrine est sonore des deux côtés, sauf un peu de submatité aux deux bases. A ce niveau, l'expiration est encore légèrement soufflante, principalement à droite. Il existe encore des râles ronflants, superficiels. L'enfant mange avec quelque appétit ; la conjonctivite a cessé ; le faciès a repris son état normal. (Vin de quinquina ; sirop d'iodure de fer ; huile de foie de morue).

6 *février*. A gauche de la poitrine, depuis l'épine de l'omoplate, jusqu'à la base, souffle bronchique aux deux temps, avec râles éclatants. De l'autre côté, râles sous-crépitants très nombreux. La température s'élève à 38°,2.

8 *février*. La respiration n'est plus que légèrement soufflante à gauche : les râles persistent. L'enfant est assez gai ; mange avec appétit.

10 *février*. Disparition du souffle ; persistance des râles, avec le même timbre sec et superficiel, absolument semblables au frottement pleural.

14 *février*. Il n'existe plus que quelques râles avec expiration légèrement soufflante, à la base du poumon droit. Rien à gauche. La température est en plateau à 38°,8.

18 *février*. L'enfant se lève.

21 *février*. Tout symptôme thoracique a cessé ; l'état général est redevenu normal. L'enfant reste levé toute la journée ; la température se maintient à 37°,6.

Nous avons tenu à rapporter *in extenso* l'observation qui précède. En outre de l'intérêt qu'elle offre par suite du caractère de gravité et de persistance tout particulier de l'affection pulmonaire en ce cas, il nous a semblé intéressant de mettre sous les yeux du lecteur l'*amélioration* qu'on peut apporter à l'état d'idiotie complète. Trop généralement on considère cet état comme incurable. Fortifier le physique par des exercices de gymnastique gradués avec soin ; assurer le fonctionne-

ment des agents de la vie de relation ; développer l'intellect par le perfectionnement des organes destinés à le mettre en rapport avec les choses du dehors, tel est le but du traitement aujourd'hui mis en œuvre à Bicêtre et qui, comme ce fait le montre, est capable de produire d'utiles résultats (1).

Les deux cas qui suivent complètent la catégorie des cas de rougeole avec complications non suivies de mort.

OBSERVATION VIII. — *Antécédents héréditaires; alcoolisme. — Idiotie complète. — Tournoiement. — Balancement. — Epilepsie. — Impétigo. — Rougeole ; accidents pulmonaires. — Convalescence. — Tuberculose pulmonaire : mort. — Sclérose atrophique.*

Duchaus..., Gaston, est entré à l'hospice de Bicêtre le 11 novembre 1875 (service de M. BOURNEVILLE). Il est actuellement âgé de 11 ans.

Antécédents héréditaires. — *Père* sujet à la migraine, accès rares; *mère*, rien. (L'aïeul paternel a été *aliéné* pendant trois ans; il a guéri. Le grand-père et la grand' mère maternels ont commis des *excès de boisson*). Pas de consanguinité. Mariage à 28 et 22 ans. Deux enfants : 1° Notre malade; 2° enfant mort d'athrepsie à 4 mois, avec convulsions internes.

Notre malade. Pendant la grossesse, au troisième mois, frayeur vive de la mère, causée par un accès de *délire impulsif* chez un idiot qui s'était jeté sur elle. Accouchement normal, à terme. Dès la naissance, l'enfant, bien conformé physiquement, présentait déjà des signes d'une perturbation mentale : apathie et torpeur intellectuelle; défaut d'attention. Duch... a commencé à marcher à deux ans ; jamais il n'a parlé. Début des *convulsions* à trois ans; le premier et le second accès se sont montrés à quatre jours d'intervalle, d'une durée de 4 à 5 minutes; depuis, ils sont devenus quotidiens.

Aujourd'hui, on constate un état d'*idiotie complète*; gâtisme, salacité, mastication vicieuse, accès de colère, ac-

(1) Depuis que ce mémoire est rédigé (août 1881), Cl... s'est encore amélioré d'une façon remarquable et commence à se rendre utile.

compagnés parfois de cyanose du visage, grincement de dents habituel. L'enfant a coutume de se tenir debout sur le pied droit et de *tourner* sur lui-même dans un sens invariable et sans changer de place. A cause de cette particularité, il est connu, dans le service, sous le nom de « *derviche tourneur* ». Généralement, il aime à tenir à la main un objet brillant ou un tambour, qu'il approche de son visage; la tête s'incline vers le côté de la main qui tient l'objet, les yeux se portent du même côté mais tout à fait en haut. Cette évolution giratoire dure parfois une heure sans arrêts. Quand il est assis, Duch... se balance sur sa chaise, quelquefois en heurtant sa tête sur le mur. Il semble reconnaître sa mère. Il se plaît à briser les objets qu'il peut saisir.

Pas d'affections antécédentes à l'entrée à l'hospice, sauf des poussées d'*impétigo* du cuir chevelu et des engelures fréquentes. L'état général se montrait meilleur par les temps froids, en même temps que diminuait le nombre des accès. L'été, l'enfant était plus nerveux et maigrissait.

Examen physique (1880). Arrêt de développement : l'enfant, qui a 11 ans, paraît en avoir 4 ou 5 à peine. Taille $0^{m},94$; poids, 13 kilogr. 500. La tête est aplatie en arrière ; les régions temporo-pariétales sont symétriques ainsi que la face. Le front est très bas, déprimé latéralement. Les arcades sourcilières sont assez proéminentes. Les *yeux* sont normaux, les *oreilles* régulières, sauf le lobule qui est adhérent ; le *nez* est aquilin. Le *tronc* est bien conformé il en est de même des membres qui sont grêles. Les fesses sont plates, ridées, ce qui tient à l'amaigrissement. Les *pieds* sont cyanosés et les orteils sont le siége d'engelures chroniques.

Bouche assez large ; lèvres normales ; arcades dentaires assez régulières, mais les dents sont usées par le frottement continuel produit par l'habitude du *grincement* ; de plus, elles sont recouvertes de tartre. Voûte palatine assez large, peu profonde, non ogivale. Amygdales peu développées ; mastication très imparfaite ; déglutition, rien de particulier ; abdomen régulier ; diarrhée assez fréquente, gâtisme. L'enfant mange avec ses mains. Pénil glabre ; phymosis très prononcé. — *Respiration*, etc., rien à noter.

1881. 15 *janvier*. L'enfant entre à l'infirmerie avec les symptômes d'une *rougeole* à la période d'invasion. Hier, il a eu une *épistaxis* avec frissonnements erratiques. Conjonctivite avec photophobie; coryza avec écoulement abondant; toux fréquente; à l'auscultation, râles sous-crépitants

à droite; à gauche, respiration soufflante, mélangée de gros râles sous-crépitants. Langue saburrale, anorexie. Le petit malade est abattu et reste immobile au lit. T. R. 39°,8. *Soir* : T. R. 40°.

16 *janvier*. Même état. T. R. 40°,4. — *Soir* : 40°,2.

17 *janvier*. L'éruption se fait à la face et au niveau des deux fesses. Rien au tronc ni aux membres. Le coryza persiste; la conjonctivite est moins intense; il y a eu une légère épistaxis ce matin. La respiration est rapide , la toux est plus fréquente que les jours précédents; gros râles sous-crépitants dans le poumon droit; à gauche, au niveau du lobe inférieur, respiration soufflante. T. R. 40°,2. (Sinapisme sur la poitrine. Julep kermès,0 gr. 15.)—*Soir* : T. R. 40,6.

18 *janvier*. Epistaxis. Persistance des symptômes pulmonaires. Toux quinteuse, bruyante. T. R. 39°,6. (Bad. iodé). *Soir* : T. R. 40°,6.

19 *janvier*. T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 40°.

20 *janvier*. Râles ronflants et sibilants des deux côtés de la poitrine. Respiration soufflante à gauche. Oppression. T. R. 39°,4 (ventouses sèches). — *Soir* : T. R. 40°,2.

21 *janvier*. Même état des poumons; l'enfant sort un peu de sa torpeur antécédente et prend du lait avec quelque appétit. T. R. 39°,2. (Bad. iodé.) — *Soir* : T. R. 40°.

22 *janvier*. T. R. 39°. — *Soir* : 39°,6.

23 *janvier*. T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 40°.

24 *janvier*. T. R. 39°,4. — *Soir*: T. R. 40°,2.

25 *janvier*. La respiration conserve le caractère soufflant, principalement à droite. T. R. 39°,4. (Bad. iodé).—*Soir* : T. R. 40°.

26 *janvier*. T. R. 39°,2. — *Soir* : T. R. 38°,8.

27 *janvier*. L'enfant se montre plus gai, et a pu rester assis sur son lit une partie de la journée d'hier. T. R. 38°,6. *Soir* : T. R. 38°,2.

28 *janvier*. T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 38°,2.

29 *janvier*. Respiration rude des deux côtés de la poitrine; râles ronflants à droite. T. R. 38°. — *Soir*: T. R. 38°,6.

30 *janvier*. T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 38°,6.

31 *janvier*. Quelques râles fins disséminés dans la poitrine; respiration légèrement soufflante du côté droit. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°.

1er *février*. Dyspepsie; les râles vont augmentant en quantité. Amaigrissement. Voix éteinte. T. R. 38°,8. (Bad. iodé, suppression du kermès). — *Soir* : T. R. 39°.

2 *février*. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°,2.

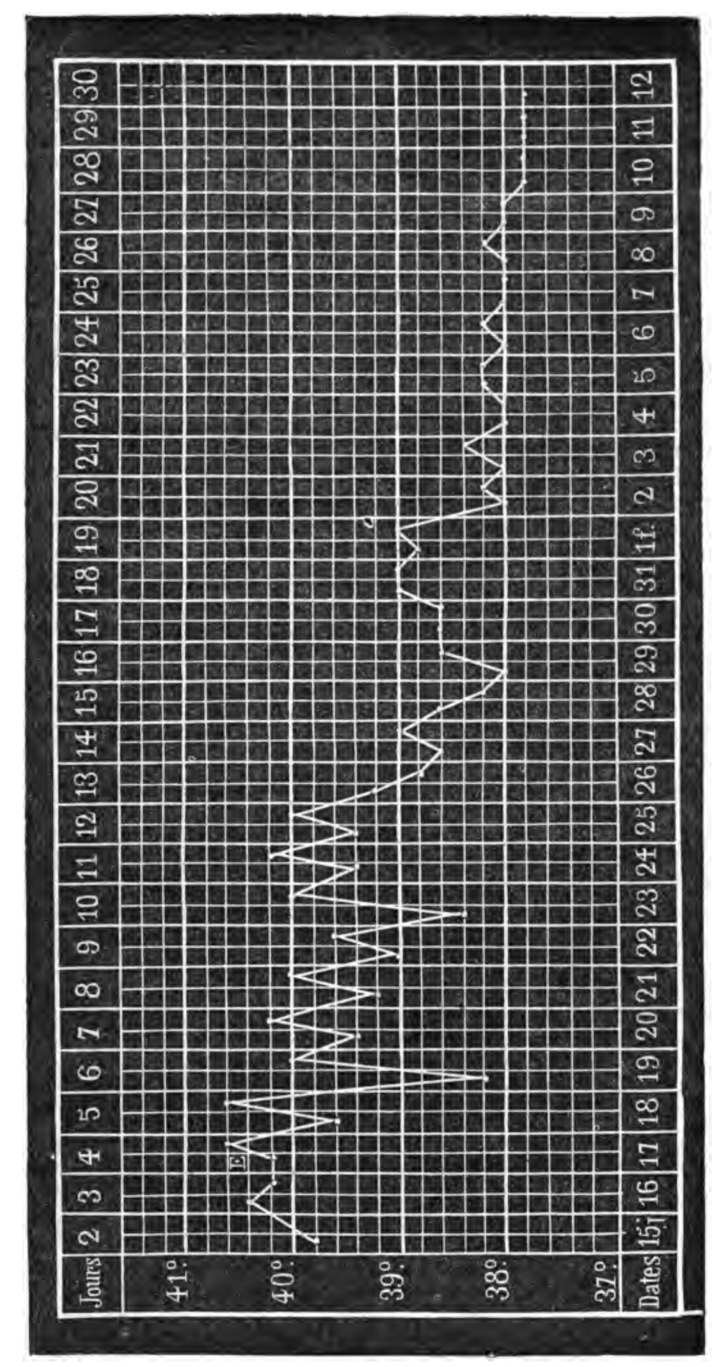

Jours
2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
41°
40°
39°
38°
37°
Dates
15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1f 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Fig. 10.

3 *février*. Râles nombreux des deux côtés de la poitrine sans souffle. *Eczéma* impétigineux sous forme de plaques sur le lobule et à la base du nez, la commissure labiale gauche, le menton et la paupière inférieure gauche. T. R. 38°. — *Soir :* T. R. 38°,4.

5 *février*. L'enfant va mieux, joue. Cependant la toux est pénible, sourde, et les râles ronflants persistent. Les plaques d'impétigo s'améliorent ; les croûtes sont en grande partie tombées. La courbe thermométrique se maintient autour de 38°.

8 *février*. Les râles pulmonaires diminuent d'intensité et de nombre.

10 *février*. L'enfant est gai et mange avec appétit. Il ne tousse plus; la respiration est encore rude aux deux temps, dans toute l'étendue de la poitrine. *Convalescence*.

La *région sacrée* offre quelques petites ulcérations. La *marge de l'anus* est entourée de poils. — Les *habitudes gyratoires* sont toujours les mêmes. Lorsqu'on présente à l'enfant un objet tel qu'une clef, un tambourin, etc., il le tient dans l'une des mains, son regard devient fixe mais égaré dans l'espace; puis il se met à balancer sa tête de droite à gauche et réciproquement, ce qui explique le développement des sterno-mastoïdiens ; d'autres fois, l'enfant tourne sur lui-même, la tête inclinée sur l'épaule. Ce mouvement s'exécute de droite à gauche. La *parole* est toujours nulle. L'enfant est resté absolument stationnaire au point de vue des facultés intellectuelles.

26 *mars*. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 40°. (*Fig.* 10).

27 *mars*. L'enfant qui avait abondonné le lit depuis un mois s'affaiblit considérablement depuis deux jours. Tandis qu'il prenait l'alimentation solide ordinaire, il ne peut plus tolérer aujourd'hui qu'un peu de lait et de bouillon. Le facies est très pâle, le ventre est volumineux, ballonné, sonore; on voit de nombreuses ramifications veineuses sur la paroi; le foie et la rate ont leur volume normal; pas d'ascite, submatité au sommet droit de la poitrine et à la base du côté gauche. A l'auscultation, on entend quelques râles, pas de souffle; l'examen est rendu très difficile par suite du grincement de dents continuel. La toux persiste, quinteuse, enrouée. Polyadénite cervicale. T. R. 40°.—*Soir*: T. R. 40°,2.

28 *mars*-15 *avril*. Amaigrissement de plus en plus prononcé. Tuberculose pulmonaire. — L'enfant meurt le 18 avril.

AUTOPSIE faite 30 heures après la mort. Pas de rigidité

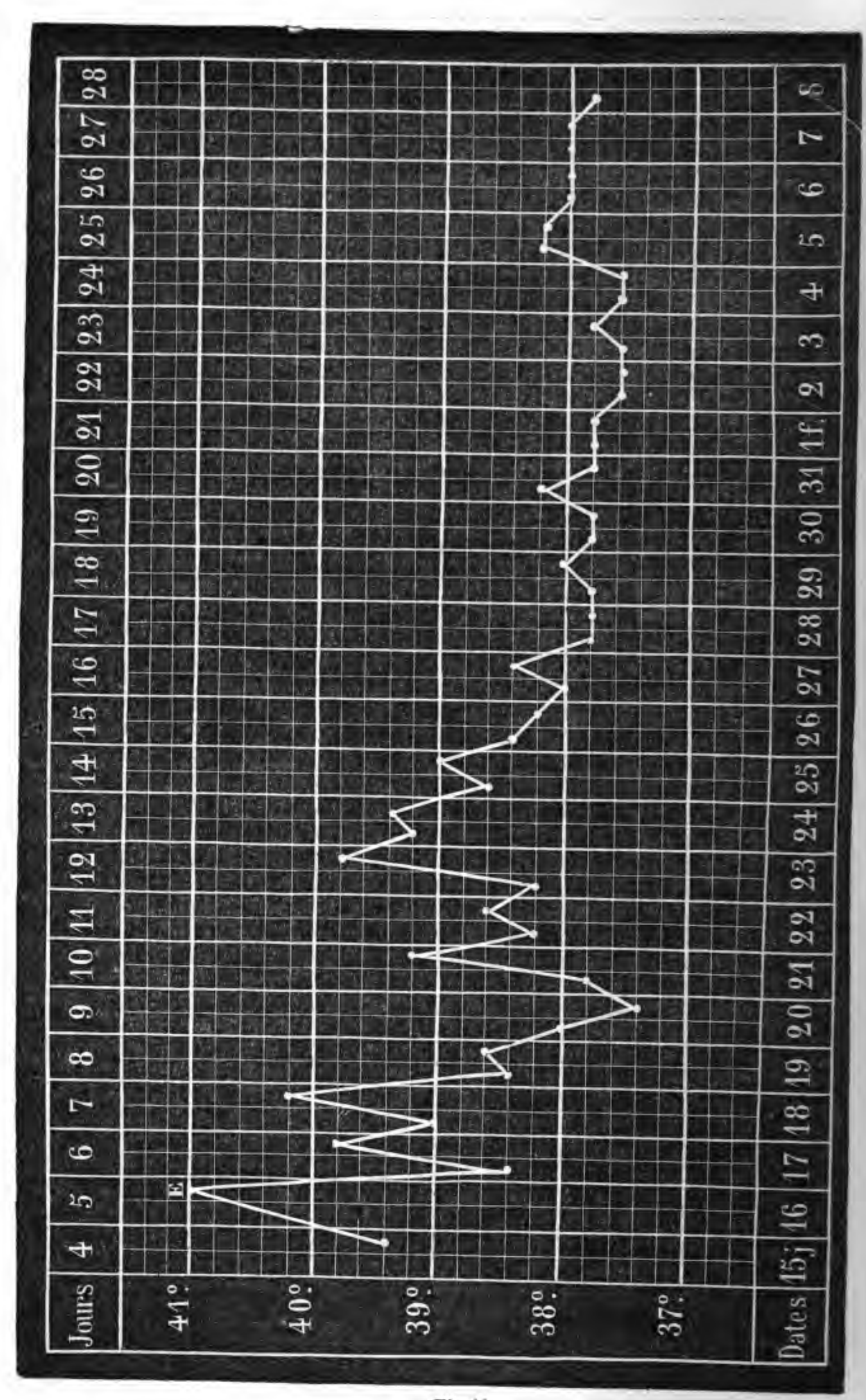
cadavérique. *Thorax*. Les poumons sont libres dans la cavité pleurale. Du côté droit, on trouve dans le lobe supérieur des noyaux tuberculeux ramollis et en voie d'élimination,ce qui a donné lieu à des cavernules disséminées, de la capacité d'un pois au maximum. Le lobe inférieur est congestionné. Du côté gauche, on découvre deux cavernes du volume d'une noix dans le lobe supérieur, et une un peu plus petite dans le lobe inférieur. Tout le parenchyme est infiltré de tubercules mous. Les ganglions bronchiques sont ramollis; quelques-uns sont caséifiés. — *Cœur* : 100 gr.; le ventricule droit et l'oreillette correspondante renferment des caillots les uns fibrineux, les autres cruoriques.—*Abdomen*. Le *foie* (1360 gr.), les *reins* (200 gr.) présentent une congestion assez marquée. La *rate* (75 gr.) est ferme. L'*intestin* est normal, sans vascularisation; il en est de même pour les ganglions mésentériques, et de la *vessie*.

Tête. La *base du crâne* est symétrique. La *dure-mère* se montre adhérente à la voûte, surtout au niveau de la suture interpariétale.

Encéphale : 790 gr. *Mésocéphale et cervelet*, 160 gr. La face inférieure du cerveau ne présente rien d'anormal si ce n'est une atrophie des bulbes olfactifs. Les hémisphères cérébraux sont égaux en poids et présentent des altérations symétriques des circonvolutions, consistant en foyers de *sclérose atrophique* : deux occupent de chaque côté la totalité du *lobule du pli courbe* et se limitent en avant à la scissure de Rolando; — deux en arrière, intéressant les *lobules pariétaux inférieurs* ainsi que la partie antérieure des circonvolutions occipitales. Au point de vue macroscopique, la lésion se présente sous forme d'une dépression en nappe de la surface des circonvolutions, avec atrophie de celles-ci sans altération de forme, et avec exagération des anfractuosités correspondantes. Il n'existe pas de dilatation ventriculaire.

En 1875 (novembre et décembre), on a compté 98 accès; en 1876, 506; — en 1877, 312; — en 1878, 312; — en 1879, 189; — en 1880, 423. En janvier, février, c'est-à-dire durant la *rougeole* et la *tuberculose* les accès ont suivi la marche ci-après :

Dates.	Jour.	Nuit.	Dates.	Jour.	Nuit.
1 *Janvier*.	»	1	5 —	4	»
2 —	3	2	6 —	3	1
3 —	3	»	7 —	3	»
4 —	2	1	8 —	3	1



Jours
4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
41°
40°
39°
38°
37°
E
Dates 15j 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1f 2 3 4 5 6 7 8

Fig. **11.**

Dates.	Jour.	Nuit.	Dates,	Jour.	Nuit.
9 —	4	»	27 —	»	1
10 —	4	1	28 —	»	1
11 —	5	1	29 —	»	»
12 —	2	»	30 —	»	»
13 —	4	»	31 —	»	1
14 —	2	2	1 *Février.*	»	»
15 —	»	»	2 —	»	»
16 —	»	1	3 —	»	1
17 —	»	1	4 —	»	1
18 —	»	1	5 —	»	»
19 —	»	1	6 —	2	»
20 —	»	»	7 —	1	1
21 —	»	1	8 —	1	»
22 —	»	2	9 —	»	»
23 *Janvier.*	»	1	10 —	»	»
24 —	»	2	Du 11 au 28 février	43	10
25 —	»	4	Du 1er au 31 mars	37	13
26 —	»	1	Du 1er au 18 avril	12	5 (1)

L'enfant s'est rétabli de sa rougeole ; mais, ainsi qu'on l'observe trop souvent, la fièvre éruptive, jouant le rôle d'une cause occasionnelle, a été suivie de l'apparition de lésions scrofuleuses et tuberculeuses à marche rapide. Signalons en passant les lésions de *sclérose atrophique* en foyer, relevées à l'autopsie.

Observation IX. — *Idiotie complète. — Frère mort de convulsions. — Séries de convulsions du* 20 *au* 30e *mois. — Scrofule. — Rougeole ; accidents pulmonaires ; guérison.*

Mond..., Louis, entre à l'hospice de Bicêtre le 26 octobre 1879 (service de M. Bourneville). Il est né le 20 oct. 1875.

Le *père* et la *mère*, quoique un peu névropathes (migraines, impressionnabilité nerveuse) n'offrent pas d'ancédents héréditaires. Ils ont eu quatre enfants dont le 3e est mort de *convulsions*. Le dernier-né est *notre malade.* Grossesse accidentée par des contrariétés, des douleurs intérieures. L'enfant a été élevé au biberon, à la campagne. Les *convulsions* se sont manifestées du 20e au 30e mois, et

(1) Notons comme circonstance assez exceptionnelle la persistance des accès *nocturnes* pendant la *rougeole* et des accès diurnes et nocturnes durant l'évolution de la *tuberculose.*

dans ce laps de temps se sont succédé à une douzaine de reprises. Mond... a toujours été idiot. La marche, qui toujours est restée incomplète, et la parole, datent de la troisième année. Toutefois, aujourd'hui encore, l'enfant ne dit que quelques mots. Les sentiments affectifs font défaut chez lui : il aime à briser, à faire le mal intentionnellement. Gâtisme. Quelques adénopathies strumeuses au cou ; sur le cuir chevelu il existe des croûtes d'impétigo.

1881. 15 *janvier*. L'enfant entre à l'infirmerie avec les signes d'une *rougeole* à la *période d'invasion* : somnolence, anorexie, conjonctivite, coryza et épistaxis. T. R. 40°,4.

16 *janvier*. *Soir* : 41° ; début de l'éruption.

17 *janvier*. — L'*éruption*, ce matin, elle est confluente à la face et au cou ; il existe quelques taches rubéoliques sur le tronc, très peu sur les membres. La diarrhée, à l'état chronique chez notre malade, n'a pas augmenté. A l'auscultation, on trouve la respiration rude, sans râles. T. R. 38°,4. (Julep diacode). — *Soir*: T. R. 39°,8.

18 *janvier*. — La conjonctivite et le coryza ont disparu. L'état des poumons reste le même. L'enfant va mieux, et prend avec plaisir un peu de lait et de bouillon. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 40°,2.

19 *janvier*. — T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,6.

20 *janvier*. — L'éruption n'a pas encore disparu, elle pâlit légèrement. La respiration est soufflante aux deux temps, principalement à droite. T. R. 38°. (Six ventouses sèches). — *Soir* : T. R. 37°,4.

21 *janvier*. — Respiration très soufflante, presque tubaire au sommet du poumon droit (vésicatoire) ; respiration soufflante à gauche (Bad. iodé). Le malade est somnolent. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 39°,2.

22 *janvier*. — T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 38°,6.

23 *janvier*. — T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 39°,8.

24 *janvier*. — On entend à droite de la poitrine, l'expiration soufflante avec des râles fixes ; à gauche, quelques râles seulement. T. R. 39°,2. — *Soir* : T. R. 39°,4.

25 *janvier*. — T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 39°.

26 *janvier*. — T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,2.

27 *janvier*. La température est descendue graduellement à 38° et 38°,4 (*Fig*. 45).

29 *janvier*. — La respiration est encore bruyante à la base des deux poumons. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°.

1er *février*. Impétigo du cuir chevelu, polyadénite cervicale, plus accusée qu'avant la maladie.

4 *février*. Il existe de la submatité à la base du thorax en arrière, surtout à gauche; des deux côtés, on entend des râles sous-crépitants à la fin de l'expiration. Le malade reste dans la somnolence. L'appétit est satisfaisant. La température oscille entre 37°,6 et 37°,8.

14 *février*. — Les symptômes thoraciques ont disparu. Mond... mange de bon appétit et sort de son état de somnolence. La conjonctivite persiste.

15 *février*. La température est stationnaire à 37°,6. L'enfant est guéri et reste levé toute la journée.

OBSERVATION X. — *Idiotie complète: cécité acquise. — Antécédents héréditaires et consanguinité. — Rougeole: adénopathies ; — diarrhée ; — mort. — Autopsie.*

Buv...., Camille, âgé de 8 ans, est entré le 13 décembre 1880, à Bicêtre (service de BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère. (7 Janvier 1881). — *Père*, 46 ans, garçon d'hôtel, ne présente pas de troubles nerveux. [*Mère*, morte phtisique; pas d'accidents névropathiques dans la famille.] *Mère*, 45 ans, domestique, bien constituée, sujette à des accès de céphalalgie, sans autres manifestations morbides et nerveuses. [*Père*, mort d'une affection de la poitrine. *Mère*, morte asthmatique. Un *frère* a eu des *convulsions* et est resté depuis dans un état d'*imbécillité*. Un *cousin* germain du côté paternel a été *épileptique*; son fils, âgé de 21 ans, est en ce moment dans un asile d'*aliénés*. Une sœur de ce dernier, âgée de 15 ans, est un peu *imbécile*.

Consanguinité : père et mère cousins germains.

Quatre enfants : 1° garçon, 24 ans, bien portant; — 2° garçon, mort à 7 ans de « fièvre muqueuse » avec *convulsions*; — 3° fille, 11 ans, assez intelligente; — 4° notre malade.

Notre malade. — Grossesse assez bonne, quoique vers le 4e mois, la mère ait éprouvé quelques chagrins occasionnés par la mauvaise conduite de son fils aîné. Accouchement normal, à terme. Buv... fut élevé au sein, par sa mère, jusqu'à 22 ou 23 mois. Il commença à marcher à 4 ans, et fut envoyé à la campagne à 6 ans. Il ne commença à parler qu'à dater de ce moment.

A partir de 3 *mois*, *convulsions internes* (yeux) revenant presque tous les jours. A 15 mois, *grandes convulsions*, portant sur les deux côtés et revenant tous les mois ou tous les deux mois. De 5 ans à 7 ans, pas de manifestations névropathiques.

De 6 à 8 ans, à la campagne, il a eu des croûtes dans les cheveux, de l'eczéma post-auriculaire; dans cette période la vue se mit à baisser et finit par disparaître progressivement. On ne pense pas qu'il y ait eu une ophtalmie purulente. L'enfant, repris par ses parents, à l'âge de 8 ans, a eu une nouvelle attaque de *convulsions*, d'une durée de 10 minutes, le 15 novembre 1880, un mois avant sa réadmission à Bicêtre.

Etat actuel. Le petit malade est assez bien conformé et développé. La *tête* est oblongue, le front élevé; les bosses frontales sont saillantes, surtout la gauche; les arcades sourcilières déprimées; la protubérance occipitale externe est très accentuée; les yeux sont normaux; il n'y a pas de strabisme; le nez est camard, la bouche moyenne, l'arcade dentaire inférieure assez bien rangée; l'arcade supérieure présente les petites molaires cariées; les quatre incisives sont en voie d'éruption; cheveux et sourcils blonds; peau recouverte, surtout dans le dos, d'un duvet fin; au niveau de la rotule gauche, cicatrice de 3 centimètres de long.

Buv.... est très doux, assez caressant; il parle mal, mais sait demander ce qui lui est nécessaire; il aime à répéter : « Il est gentil, Camille », mots qu'il prononce lorsqu'on lui adresse la parole. Il se sert de sa main pour manger le pain, mais ne sait pas employer la cuiller. Gâtisme. Comme troubles nerveux, on observe quelquefois des *secousses* dans les membres; d'autres fois le petit malade se tortille sur son lit.

1881. 19 *janvier*. L'enfant est somnolent, morose, ne mange pas. Ce matin, épistaxis légère. T. R. 39°,6. (Potion de Todd.) — *Soir* : T. R. 38°,6.

20 *janvier*. Apparition de l'*exanthème* à la face et sur le tronc. Les membres en sont indemnes. L'auscultation décèle de nombreux râles sous-crépitants surtout à gauche de la poitrine. Diarrhée depuis ce matin. T. R. 38°,4. (Julep kermès). — *Soir* : T. R. 39°,4. (*Fig.* 46).

21 *janvier*. L'éruption est assez confluente sur le tronc et le visage; elle se dispose en corymbes; elle n'a pas paru sur les membres. L'enfant cause et est assez gai. T. R. 38°. —*Soir* : T. R. 38°,4.

22 *janvier*. Cessation de la diarrhée. T. R. 37°,8.— *Soir* : T. R. 37°,2.

23 *janvier*. T. R. 37°,8.—*Soir* : T. R. 38°,8.

24 *janvier*. Le malade va mieux; mange avec appétit; on entend encore quelques râles dans la poitrine. T. R. 38°. —*Soir* : T. R. 37°,8.

25 *janvier*. T. R. 37°,8.—*Soir* : T. R. 37°,6.

26 *janvier*. Suppression du kermès et de la potion de Todd. T. R. 37°,6. (Huile de foie de morue; vin de quinquina; sirop d'iodure de fer). — *Soir* : T. R. 37°,6.

27 *janvier*. Bien qu'on n'entende plus que quelques râles sous-crépitants très rares, l'enfant tousse encore. A la région cervicale, on trouve quelques ganglions scrofuleux indurés. L'œil gauche est le siège d'une légère conjonctivite. Le petit malade est dans un abattement assez prononcé; il existe une diarrhée assez abondante. T. R. 38°. (Potion avec acétate d'ammoniaque,4 gr. Sulfate de quinine,0 gr. 20). *Soir* : T. R. 39°.

28 *janvier*. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 37°,8.

29 *janvier*. L'enfant va mieux; l'abattement a disparu. T. R. 37°,6.—*Soir* : T. R. 37°,6.

3 *février*. La respiration est trouvée un peu soufflante à gauche de la poitrine. L'enfant a de l'appétit. La courbe thermométrique s'est abaissée à 37°,6. (*Fig.* 12). (Teinture d'iode).

5 *février*. La respiration est normale, adénopathies multiples, surtout au cou, vers le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. On trouve quelques glandes dans l'aisselle. Rien au pli de l'aine.

8 *février*. L'enfant paraît complètement guéri, est gai, mange de bon appétit, et dort bien.

12 *février*. Diarrhée fétide (Salycilate de chaux, 2 gr.)

14 *février*. Cessation de la diarrhée ; appétit vorace.

17 *février*. Après quelques suspensions, la diarrhée a reparu très abondante et d'une façon continue. L'appétit est presque nul. L'enfant est dans un état d'émaciation extrême; il reste somnolent, comme étranger à ce qui se passe auprès de lui.

19 *février*. Mort à 8 h. 1/2 du matin.

Du 15 au 20 janvier inclusivement, B... n'a pas eu d'accès ; il en a eu deux le 21 janvier, 1 le 22, et 9 du 23 au 31 janvier. Du 1er au 13 février, on en a compté 9 et aucun du 14 au 19.

Autopsie le 20 *février* 1881. Le poids du cadavre est de 14 kilogr. (L'enfant pesit 19 kilogr. 500 à son entrée à l'hospice).

Thorax : L'appareil pleuro-pulmonaire est sain ; quelques ganglions bronchiques sont augmentés de volume; deux d'entre eux sont caséifiés. — Le *cœur*, 70 gr., est vide

de caillots. La cavité du ventricule gauche est très rétractée; les piliers y sont très volumineux.

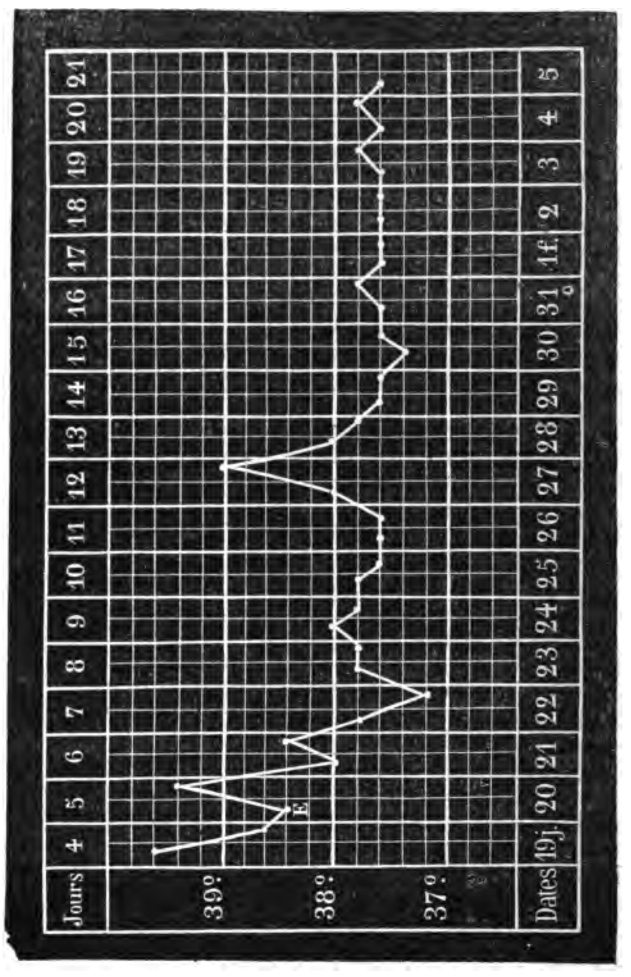


Fig. 12.

Abdomen : *foie*, 580 gr., congestionné; pas de stéatose. *Rate*, 50 gr.; *reins*, *pancréas*, normaux. L'*intestin grêle*

est légèrement vascularisé, vers l'union du jéjunum et de l'iléon. Cette dernière portion du tube digestif, comme d'ailleurs l'estomac et le gros intestin, paraît saine.

Tête. Calotte crânienne régulière et symétrique. L'enveloppe osseuse présente une disposition en sens inverse de la normale. La grosse extrémité de l'ovale répond au frontal. La base du crâne est symétrique; la lame quadrilatère du sphénoïde est inclinée à droite et en avant; en outre, la fosse sphénoïdale du côté gauche s'étend plus loin en arrière que celle de droite.

Les *méninges* sont congestionnées, la première est très mince, et la décortication du cerveau impossible. Les organes de la base de l'encéphale sont symétriques et normaux. *Encéphale*: 1225 gr., mésocéphale et cervelet : 125 gr. Les hémisphères cérébraux sont égaux; les ventricules latéraux sont un peu dilatés de chaque côté; cependant, pas d'exagération dans la quantité du liquide céphalo-rachidien.

Hémisphère droit: il existe un foyer de *ramollissement superficiel*, vers la partie moyenne des 2e et 3e circonvolutions temporo-sphénoïdales.

Hémisphère gauche : on découvre un *second foyer de ramollissement* occupant toute la partie antérieure de la 3e circonvolution frontale.

Dans cette observation, nous rencontrons la première de nos rougeoles suivie de mort. Nous l'avons rangée à dessein dans la catégorie des cas où la fièvre éruptive, bien que compliquée et irrégulière, n'a pas directement entraîné l'issue fatale. L'enfant, en effet, n'est pas mort de la rougeole même, mais d'une affection absolument indépendante de celle-ci, quoique survenue à la suite, la *diarrhée infantile.* Que la rougeole antécédente n'ait pas favorisé et précipité la terminaison funeste, nous sommes loin de le prétendre. Mais nous insistons sur ce point, à savoir que l'autopsie ne nous a montré aucune des lésions susceptibles d'être rattachées à la rougeole : rien du côté de l'appareil respiratoire, nulles traces d'inflammation ou de stéatose, mais seulement les désordres qu'entraîne la diarrhée. C'était ici, comme dans tous les cas qu'il nous a été donné d'observer, une émaciation extrême, un peu de rougeur et de ramollis-

sement de la muqueuse des voies du tube intestinal. Quelques arborisations vasculaires vers la terminaison de l'iléon et rien de plus. La congestion méningée qui existait en même temps doit ici, comme dans bien d'autres cas, n'être considérée que comme un phénomène purement agonique.

III. *Cas de rougeoles avec complications mortelles.*

Dans cette dernière partie, qui doit compléter au point de vue anatomo-pathologique l'histoire déjà longue de notre épidémie, se trouvent réunis les cas où la mort est survenue pendant l'évolution de la fièvre éruptive. Sans vouloir anticiper sur les déductions qui ressortent de l'exposé des faits, nous croyons devoir attirer l'attention du lecteur sur la série d'autopsies que nous allons enregistrer, car elles offrent une sorte de résumé presque complet des *altérations organiques* qui ont été rencontrées jusqu'ici à la suite de la rougeole.

Observation XI. — *Père alcoolique. — Mère nerveuse. — Accidents névropathiques multiples dans la famille maternelle. — Grossesse accidentée. — Accouchement artificiel. — Quatre accès de convulsions. — Idiotie complète. — Impétigo persistant du cuir chevelu. — Rougeole. — Bronchopneumonie. — Mort.*

Mor..., Florentin, est entré le 23 mai 1879, à Bicêtre (service de M. Bourneville.) Il est âgé de 5 ans.

Renseignements fournis par sa mère. (9 janvier 1880). — *Père*, 37 ans, garçon marchand de vin, a fait de nombreux excès de boisson ; il buvait surtout de l'absinthe, alors qu'il était soldat en Afrique, où il est resté sept ans ; il se grisait plusieurs fois par semaine et quelquefois restait plusieurs jours de suite en état d'ivresse. Durant ces périodes, il se livrait à des violences au dire de sa femme. Il ne présenterait pas d'accidents nerveux, sauf quelques étourdissements passagers et souvent les yeux étaient alors injectés. Il s'est marié à 31 ans. Avant son mariage, pendant les

2 ou 3 mois où sa femme l'a connu, il ne buvait pas, mais le troisième jour de son union avec elle, il a commencé à s'enivrer. Les rapports sexuels ont été très fréquents pendant l'ivresse. Au bout de trois mois, il a abandonné sa femme, pour revenir à elle après une absence de 18 mois. C'est alors qu'elle est devenue enceinte; au moment de la *conception*, son mari, croit-elle, n'était pas sous l'influence de l'alcool. Pendant la *grossesse*, vers le 6e ou 7e mois, il a battu la mère de notre malade et l'a frappée de plusieurs coups de pieds au ventre. Celle-ci s'est séparée de lui (mai 1879) et n'en a pas reçu de nouvelles depuis. [*Père* et trois *frères* morts de fièvre typhoïde.]

Mère, 25 ans, couturière, de taille petite, paraît intelligente. Elle est un peu nerveuse et aurait même eu deux attaques de nerfs : l'une pendant la grossesse, l'autre, il y a dix jours à la suite d'une indigestion. Elle est colérique et sujette aux maux de tête. Mariée à 18 ans. — [*Mère*, nerveuse, a eu la fièvre intermittente; — une tante morte d'un cancer au sein. Pas d'affections nerveuses du côté paternel; — du côté maternel, quatre oncles : un a succombé à la suite d'accès d'*épilepsie*. Il avait des « idées noires. » Trois tantes, dont une morte à 18 ans de *fièvre cérébrale*. Un grand oncle maternel est mort *aliéné* et son fils, cousin issu de germains de la mère de notre malade, est mort *fou*, à l'asile de Vaucluse vers la fin de 1878].

Pas de consanguinité.

Un seul enfant, *notre malade*. La *grossesse* a été accidentée par suite des mauvais traitements que la mère recevait de son mari. L'*accouchement* se fit 10 jours en avance. Il y eut inertie utérine et on appliqua le forceps, le 2e jour du travail. *A la naissance*, l'enfant ne respirait pas; on laissa saigner le cordon ; des frictions avec du rhum furent faites sur le nouveau-né. Au bout de deux jours, il était en bonne santé.

Elevé au sein en nourrice pendant deux mois, notre malade, à cause de son mauvais état général, fut repris par sa mère et élevé au biberon. Jamais il n'a su marcher; cependant il faisait quelques pas, tenu par la main, lorsqu'il entra à l'hôpital des Enfants malades (10 mai 1879). De là, il fut envoyé à Sainte-Anne, et, quand il entra à Bicêtre, il avait tout à fait désappris à marcher.

L'enfant n'a jamais été gai, n'a jamais aimé à jouer. A sept mois, il eut une première attaque de *convulsions* qui durèrent 4 heures; celles-ci portaient « *rien que sur un côté, le côté gauche* » (face et membres). A la suite, il n'eut pas

de fièvre. De 7 mois à 2 ans 1[2, M... aurait eu de petites poussées congestives à la face.

A deux ans 1[2, *nouvel état de mal convulsif* qui dura 7 heures ; les convulsions frappèrent encore le même côté ; — un mois après, *troisième état de mal* d'une durée de 3 heures; — six semaines plus tard, *quatrième état de mal* (pendant 4 heures). A chacune de ces crises, *les convulsions portèrent exclusivement sur le côté gauche* (*épilepsie hémiplégique.*) Après les convulsions, on remarquait une grande faiblesse du bras et de la jambe du côté atteint. Jamais il n'y aurait eu de fièvre à la suite (?).

1879. *Octobre. État actuel.* Le malade a de la peine à se tenir sur les jambes. Il est gâteux, non salace ; on le dit très affectueux, sujet à des accès de colère ; il ne sait prononcer que le mot « maman ; » il reste immobile, suçant tantôt ses vêtements, tantôt ses doigts. Quelques croûtes d'impétigo sur le cuir chevelu. *Traitement* : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, deux bains d'amidon par semaine ; lotions alcalines ; exercer l'enfant à marcher.

Novembre. Le 17, on recouvre le cuir chevelu d'un bonnet de caoutchouc vulcanisé; le 24, on constate de l'amélioration; les croûtes d'impétigo sont en partie tombées.

1880. 5 *janvier.* Conjonctivite purulente. — On continue l'enveloppement du cuir chevelu, car l'impétigo persiste. La température est au-dessus de 38°.

10 *janvier.* L'état des yeux s'améliore, l'impétigo diminue. L'enfant tousse; râles ronflants des deux côtés de la poitrine, en arrière. La température se maintient au-dessus de 38°.

12 *janvier.* Submatité au sommet du poumon droit; gros râles humides aux deux bases, en arrière. La toux diminue.

20 *janvier.* La température se maintient à 37°.

1er *avril.* L'enfant a fait de grands progrès au point de vue de la *marche*; il porte lui-même les aliments à sa bouche. L'attention est plus facile à fixer chez lui que par le passé. Persistance de l'impétigo.

2 *septembre.* Le malade a eu la diarrhée pendant quelques jours. La région sacrée, ainsi que la fesse droite, sont le siège d'un érythème, qui remonte jusqu'aux côtes. Les extrémités sont cyanosées; les paupières sont atteintes de blépharite ciliaire ; l'inférieure, du côté gauche, présente

une ulcération impétigineuse. Le visage est parfois marbré de plaques rouges. Traitement tonique. Poids du corps, 9k,200. Taille 0m,88.

1881. 21 *janvier*. L'enfant entre à l'infirmerie avec la *rougeole* à la période d'éruption. L'exanthème ne se voit qu'à la face, au cou et au tronc. Les membres en sont indemnes. Le malade est dans la somnolence; il ne présente de symptômes ni thoraciques, ni gastro-intestinaux, sauf l'anorexie. Conjonctivite et coryza peu intenses. T. R. 40°,4. — *Soir* : T. R. 40°,6.

22 *janvier*. L'éruption pâlit. A l'auscultation, on perçoit de la rudesse respiratoire avec des râles sous-crépitants. La respiration est soufflante, du côté droit au niveau du lobe pulmonaire inférieur. T. R. 40°,6. — *Soir* : T. R. 40°,8.

23 *janvier*. Le malade est somnolent, oppressé. La respiration est de plus en plus soufflante. T. R. 40°,6. (Vésicatoire. Potion avec acétate d'ammoniaque et extrait de quina.) — *Soir* : T. R. 40°,2.

24 *janvier*. L'enfant est calme, la dyspnée ainsi que le souffle bronchique du poumon droit ont disparu. On perçoit dans toute la poitrine des râles sous-crépitants, fins, très nombreux. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,2.

25 *janvier*. Au niveau du poumon droit, on entend des râles ronflants dans les deux tiers supérieurs et des râles fins à la base. Toux sèche, quinteuse. T. R. 39°. (Bouillon, lait.) — *Soir* : T. R. 40°.

26 *janvier*. Le malade est assoupi. On perçoit des râles sous-crépitants des deux côtés de la poitrine, surtout à droite et en avant, à gauche et en arrière. Diarrhée. T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 39°,8.

27 *janvier*. La respiration devient soufflante au sommet du poumon gauche. La toux revient par quintes, surtout quand on déplace le malade. L'amaigrissement est considérable. L'alimentation consiste en 50 centilitres de lait. La diarrhée a cessé. T. R. 39°,2. (Lotions vinaigrées, toniques.) — *Soir* : T. R. 40°. (*Fig.* 13.)

28 *janvier*. La voix est éteinte. La respiration est soufflante dans tout le poumon gauche. T. R. 39°,2. (Badigeonnage iodé, sur le thorax, en arrière.) — *Soir* : T. R. 39°,2.

29 *janvier*. Râles sous-crépitants très nombreux dans toute la poitrine, surtout à droite. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 40°.

30 *janvier*. T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 40°.

31 *janvier*. Mêmes symptômes à l'auscultation. T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 39°,4.

1er *février*. T. R. 40° avant la mort qui survient à 6 h. du matin. Température *post mortem* : 42°. Poids de l'enfant : 7k,400.

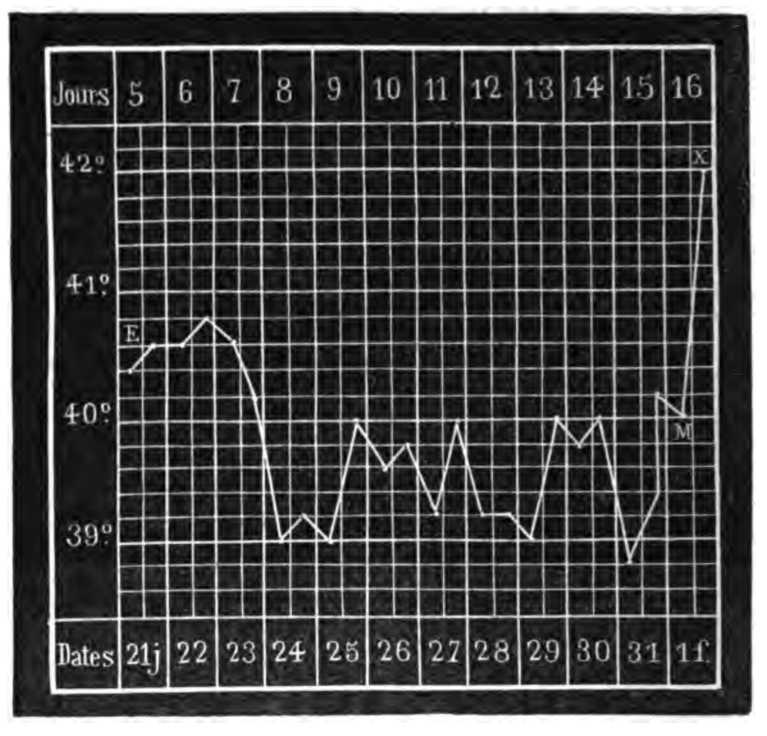


Fig. 13.

(L'*autopsie* n'a pu être pratiquée par suite d'opposition de la famille.)

Il est à regretter que dans l'observation que nous venons de rapporter, il ne nous ait pas été donné de constater, par l'ouverture du cadavre, la lésion que nous avait nettement dévoilée l'auscultation. Toutefois, particularité digne d'attention, nous avons pu pré-

voir le début de la phlegmasie pulmonaire d'après les phénomènes cutanés. En même temps que dès le second jour de l'éruption s'installait la broncho-pneumonie, nous avons vu, par une sorte de révulsion interne, l'exanthème entrer brusquement en délitescence, et disparaitre avant d'avoir parcouru le stade normal de l'éruption. C'est d'ailleurs un phénomène fréquemment signalé, et auquel les auteurs accordent à juste titre une grande valeur pronostique. Nous ne l'avons observé que dans le cas présent.

OBSERVATION XII. — *Absence de commémoratifs personnels et héréditaires. — Déformation de la boîte crânienne. — Idiotie complète. — Amélioration à l'hôpital. — Rougeole. — Mort pendant l'éruption. — Autopsie. — Pas de lésions viscérales appréciables. — Atrophie partielle de l'hémisphère cérébral droit.*

Milg..., Charles, âgé de 8 ans, est entré à l'hospice de Bicêtre le 1er avril 1878 (service de M. BOURNEVILLE). — Absence de commémoratifs héréditaires.

Etat actuel (9 novembre 1880). L'enfant, maintenant âgé de 8 ans, pèse 16 kil., 100 gr. et a une taille de 0m,95; il est très gros. Le cou est court; les épaules un peu hautes; le ventre, très volumineux, mesure 64 cent. de périmètre à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. A la base du thorax, on observe des arborisations veineuses sous-cutanées, le foie et la rate sont normaux. Quelques glandes au pli de l'aine. La peau est brune, villeuse au niveau des épaules. *Tête*, assez grosse, de forme carrée; le ventre et les régions pariétales sont aplaties; le front est élevé, peu large et déprimé latéralement; les arcades sourcilières ne font pas saillie. Les cheveux ainsi que les sourcils sont noirs et assez abondants. Le *visage* est arrondi; le nez aquilin; la bouche très large; les joues sont très épaisses;

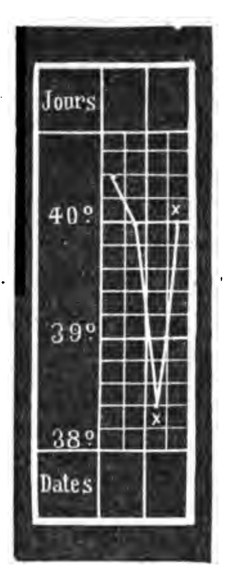


Fig. 14.

les lèvres moyennes. L'arcade dentaire supérieure est assez régulière ; on y voit l'incisive médiane droite en voie d'éruption ; les autres sont absentes. Sur la mâchoire inférieure, les incisives sont sorties, sauf les latérales de droite. La *voûte palatine*, très plate et très large, paraît symétrique ; les amygdales sont volumineuses. La sensibilité générale est normale ; le sens du goût est peu développé ; au moment de l'entrée à l'hospice, la *parole* était nulle ; aujourd'hui l'enfant prononce quelques syllabes, notamment le mot « kiki » qu'il répète constamment. Il ne peut manger à la cuiller, il est très salace. Les sentiments affectifs sont bien développés ; il a pris en amitié un jeune idiot du service, auprès duquel il veut toujours rester. D'ailleurs, il est gai, rieur, et caressant.

« A l'âge de 18 mois, à la suite d'une *coqueluche*, il a été pris d'*attaques convulsives*, qui lui ont laissé le bras gauche d'abord contracturé dans la flexion ; puis il est survenu une paralysie qui a rendu au bras sa position normale (?) Depuis, il a des crises fréquentes qui durent un jour et une nuit. Le malade averti de l'imminence de ses accès pousse des cris plaintifs, se réfugie sur le sein de sa mère, lui passe les bras autour du cou. La fin de la crise s'annonce par de la rougeur de la face et des soupirs. Dans le principe, les cris étaient très violents ; « c'étaient de véritables hurlements. » D'une intelligence très bornée, il ne comprend que lorsqu'on lui dit de manger, de se coucher et de jouer. Il aime surtout le jeu. M... n'est pas méchant pour les autres enfants ; il est même caressant, il était devenu jaloux de sa petite sœur, et l'avait même battue. »

1878. *Avril.* « Il aime à se traîner à terre, à se salir ; il est très malpropre. » (Certificat de M. Falret).

1881. 14 *janvier*. On constate ce matin l'éruption de la *rougeole*. Elle siège à la face, au tronc, à l'abdomen, au dos, aux fesses, et à la racine des cuisses. Depuis plusieurs jours, il y a une conjonctivite. L'anorexie est complète ; pas de vomissements, mais un peu de diarrhée. A l'auscultation de la poitrine, on ne constate pas de râles ; la respiration est un peu rude. Les extrémités ainsi que les lèvres sont cyanosées et froides ; au niveau de ces dernières, les muqueuses présentent des érosions aphteuses. T. R. 40°,4. (Bourrache, julep avec kermès 0 gr. 15, sirop diacode 30 gr.) *Soir* : T. R. 40°.

15 *janvier*. L'enfant meurt au moment de la visite. La

température, une demi-heure avant la mort était à 38°,4. T. R. *post mortem*, 40°. (*Fig.* 14).

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. *Thorax.* A l'ouverture de la poitrine, on trouve des adhérences assez prononcées du poumon droit au diaphragme; cet organe est sain. Le poumon gauche est congestionné dans son lobe inférieur. — *Cœur*, 110 gr.; de chaque côté, on trouve dans le ventricule et l'oreillette du sang fluide avec des caillots, le tout de teinte noirâtre.

Abdomen. Foie: 780 gr. La *rate* (45 gr.) présente à l'une de ses extrémités une scissure profonde de 4 à 5 cent. *Reins*, 60 gr. Ces divers organes n'offrent aucune lésion.

Tête. Tandis que la base du crâne est normale, la calotte osseuse présente une différence des diamètres antéro-postérieurs de chaque côté. A gauche, la longueur excède celle de la moitié droit d'un demi centimètre.

Encéphale, 890 gr. L'hémisphère droit a une dimension antéro-postérieure de 13 cent. 7, le gauche est long de 15 cent. 5, et pèse 85 grammes de plus que celui du côté opposé. Les différents organes de la base de l'encéphale sont réguliers, sauf les *pédoncules cérébraux*. A première vue, on est frappé de leur différence de volume, en faveur du pédoncule gauche. A la coupe, cette anomalie est plus prononcée. La moitié gauche de la *protubérance annulaire* est plus volumineuse que la droite, ce qui tient à ce que le sillon de l'artère vertébrale se trouve déjeté vers la droite. Au niveau du *bulbe*, les *pyramides antérieures* et les *olives* sont en partie confondues, mais paraissent de dimensions égales. Le *cervelet* et l'*isthme* pèsent 135 gr. Les deux hémisphères cérébelleux ont le même poids. La pie-mère s'enlève aisément.

Hémisphère gauche. Les circonvolutions sont normales, sauf au niveau de la corne occipitale où il existe un grand nombre de plis de passage.

Hémisphère droit. Les circonvolutions sont très plissées avec de nombreux plis de passage, qui semblent plus abondants vers la partie postérieure de l'hémisphère. En ce même point la consistance est plus ferme que sur le reste du cerveau.

La mort est survenue, dans ce cas, le second jour de l'éruption sans que l'autopsie ait décelé aucune lésion pulmonaire ou autre susceptible d'expliquer cette terminaison rapide. Toutefois comme l'affection s'est brus-

quement terminée par la mort, et que d'ailleurs le symptôme prédominant résidait dans la gêne circulatoire, peut-être devons-nous voir dans une syncope l'accident terminal. La présence de caillots cruoriques, volumineux, multiples dans les cavités cardiaques, la congestion généralisée à tous les viscères, viennent à l'appui de cette hypothèse.

Observation XIII. — *Mère très nerveuse, alcoolique. — Premières convulsions à un an. — Deuxième attaque à 3 ans. — Idiotie complète. — Rumination ou Mérycisme. — Rougeole. — Broncho-pneumonie. — Mort. Autopsie. — Déformation symétrique de la boîte crânienne. — Broncho-pneumonie mamelonnaire.*

Guer...., Louis-Auguste, âgé de 11 ans, est entré le 16 mars 1877 (service de M. Bourneville), à Bicêtre.

Renseignements fournis par son père (20 janvier 1881). *Père*, 39 ans, employé de chemin de fer, n'a jamais eu d'accidents nerveux, mais est sujet à des accès de colère. A l'âge de 17 ans, il a été atteint de fièvre typhoïde ; il s'est marié à 22 ans. [*Père* mort phthisique ; *mère*, morte asthmatique ; 10 *frères* dont 8 survivants en bonne santé ; une sœur est morte phthisique.]

Mère, 34 ans, très nerveuse, sujette à des accès de colère violents et fréquents ; dans les premiers temps du mariage, elle a eu des manifestations d'*hystérie* (étouffements, boule, céphalalgies) ; elle aime à boire, surtout pendant ses grossesses. Depuis la naissance de notre malade, elle a eu des troubles menstruels. [*Père*, *mère*, et deux *frères* en bonne santé ; nulle trace d'affection nerveuse dans la famille]. — Pas de consanguinité.

Cinq grossesses : 1° garçon mort de convulsions à l'âge de 4 mois ; 2° notre malade ; 3° fille, morte en nourrice à 8 mois, d'une affection qui dura trois jours, accompagnée de muguet ; elle était intelligente ; 4° et 5° deux fausses couches.

Notre malade. — Pendant la *grossesse*, la mère fit des *excès de boisson* : dans le cours d'une semaine, elle but deux litres de cerises à l'eau-de-vie. L'*accouchement* se fit à terme, avec présentation du siège. L'enfant, bien constitué à la naissance, ne présenta rien d'anormal jusqu'à l'âge de 17 mois. A ce moment, première attaque de *con-*

vulsions qui se répétèrent pendant deux ou trois jours; on constata, en même temps, l'existence d'une hernie inguinale droite. Déjà, on s'apercevait que l'enfant était peu intelligent, ne parlait pas; il avait l'appétit bien développé. A trois ans *deuxième attaque de convulsions* qui durèrent environ une semaine. Dès lors, l'état intellectuel s'affaiblit davantage, l'enfant devint gâteux. On l'envoya à la campagne où il resta deux ans, en deux reprises différentes. Pendant ce laps de temps, il fit plusieurs maladies, qui auraient porté principalement sur l'appareil respiratoire.

A l'entrée à l'hospice, on constate, en outre de l'état d'*idiotie complète*, que le malade *rumine*. Après avoir mangé, il régurgite les aliments, les reçoit et les malaxe dans la main, pour les avaler de nouveau. Dans son attitude habituelle, il demeure ramassé sur lui-même en boule, les mains appuyées sous le menton. Il est gâteux, gourmand, et mange avec ses mains; souvent il vole les aliments des autres malades. Peu sensible à la douleur, lorsqu'il est jeté à terre, il ne crie pas et ne cherche pas à se relever. La parole est nulle.

1880. *Avril*. Le malade est pris de *diarrhée*, qui dure deux ou trois jours (vomitif, purgatif).

20 *octobre*. Toute la face et le membre inférieur gauche sont le siège d'un *érythème*, avec quelques ulcérations en coup d'ongle. (Bains d'amidon, poudre d'amidon.)

15 *novembre*. L'érythème a disparu en grande partie. Il reste encore deux ulcérations de peu d'étendue, au niveau du petit orteil des deux pieds.

1881. 10 *janvier*. L'enfant entre à l'infirmerie avec des frissons multiples, *une toux quinteuse*, férine, *spasmodique*. On ne perçoit que quelques gros râles bronchiques à l'auscultation.

11 *janvier*. T. R. 38°,4 matin et soir.

12 *janvier*. T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 39°,8.

13 *janvier*. Apparition de l'*exanthème rubéolique* ce matin. Au visage, l'éruption est peu marquée : on n'y voit que deux ou trois taches pâles, s'effaçant sous le doigt. C'est à l'hypogastre et à la racine des cuisses qu'elle est le plus confluente; elle est d'ailleurs peu foncée. Ce matin il y a eu une épistaxis. A l'auscultation, on trouve la respiration rude, surtout à droite. Diarrhée séreuse. T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 40°,2.

14 *janvier*. La respiration devient soufflante aux deux

temps. T. R. 40°,4. (Teinture d'iode, vin de quina; Julep avec: sirop diacode, 20 gr. et rhum, 30 gr.— *Soir* : T. R. 39°,8.

15 *janvier*. Amélioration. T. R. 39°,8. Même traitement. — *Soir* : T. R. 40°,4. (*Fig.* 15).

18 *janvier*. Depuis hier, la température qui était allée en

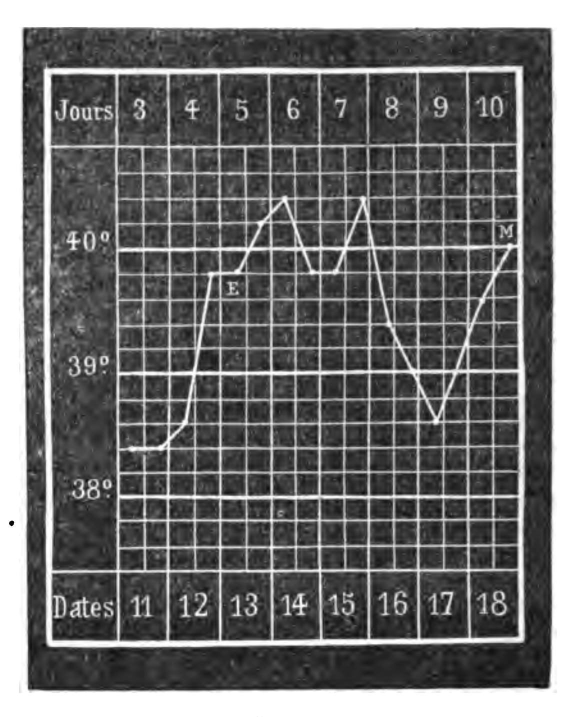


Fig. 15.

décroissant régulièrement, remonte de 38°,6 à 39°,6. Le facies prend une teinte plombée; les yeux sont cernés, les lèvres cyanosées. L'éruption se maintient pâle, sans desquamation. Les extrémités sont violacées et froides. La diarrhée a cessé. A l'auscultation on entend : à gauche, un souffle tubaire avec râles sous-crépitants; à droite, une respiration très soufflante. (Vésicatoire à gauche du thorax; 12 ventouses sèches des deux côtés de la poitrine, si-

napismes aux membres inférieurs. Potion de Todd avec rhum 50 gr. et extrait de quina 3 gr.).

Soir : le malade est somnolent ; la respiration plus calme ; le souffle a diminué ; il existe encore de nombreux râles sous-crépitants, fins et disséminés. T. R. 40°. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE faite trente heures après la mort. — *Thorax*. Le *poumon* gauche présente les lésions de la broncho-pneumonie dans sa totalité. — Le poumon droit n'est enflammé que dans son lobe inférieur ; de plus, il offre quelques adhérences pleurales diaphragmatiques. La lésion affecte la *forme mamelonnée*. Au niveau des noyaux de broncho-pneumonie, le tissu pulmonaire laisse écouler à la coupe un sang noir et spumeux ; la pression fait sourdre des gouttelettes de pus des bronchioles. Le poumon droit pèse 205 gr., le gauche 170 gr. — *Cœur* (105 gr.), normal, pas de caillots. — L'*œsophage* est normal, bien calibré (le malade ruminait).

Abdomen. Rétracté en bateau sur le cadavre. A l'ouverture, on trouve les anses intestinales, affaissées, vides, accolées à la paroi postérieure. — *Estomac*, normal, n'offrant aucune particularité ; le *cardia*, entre autres, est bien constitué. Il renferme, ainsi que l'*intestin*, un peu de liquide louche et fétide. — *Foie* (652 gr.) ; *rate* (40 gr.) ; *reins* (49 gr. à droite ; 55 à gauche), normaux.

Tête. Elle est aplatie suivant le diamètre bi-pariétal. Elle présente une forme conique, à sommet tronqué, tourné en haut. La calotte crânienne, symétrique, est très profonde ; le diamètre antéro-postérieur l'emporte de beaucoup sur le transversal en longueur. La *dure-mère*, peu adhérente, est très épaissie. La base du crâne, symétrique, est profondément excavée au niveau de ses trois étages, principalement dans les fosses occipitales. L'apophyse crista-galli est très étendue en hauteur.

Encéphale (1010 gr.). La *pie-mère* se décortique avec facilité, et n'est que modérément injectée. Le tissu cérébral est ferme. Les hémisphères sont égaux (428 gr. chacun).

Dans le cas précédent, phénomène assez fréquent, bien que nous ne l'ayons observé qu'à cette seule occasion, la rougeole a eu pour manifestation initiale une toux spasmodique offrant les caractères de la *laryngite striduleuse*. Elle a cessé aussitôt l'apparition de l'exan-

thème. Celui-ci s'est montré pâle, discret, localisé au siège, à l'hypogastre et à la racine des cuisses, au niveau des régions contiguës où le contact continuel des déjections alvines, par suite de l'état de gâtisme, avait déterminé un érythème chronique. L'irritation cutanée a donc agi, ici, comme dans d'autres fièvres éruptives, la variole, par exemple, en favorisant, dans ces régions, le développement de l'exanthème. Les tâches rubéoliques ont persisté durant cinq jours avec le même aspect, sans se propager au reste du corps, ni sans régression, ce qui autorisait à porter un pronostic grave. En effet, on note bientôt une poussée inflammatoire du côté de l'appareil respiratoire; la température s'élève à 41°, le malade meurt et, à l'autopsie, nous trouvons les lésions d'une *broncho-pneumonie* rubéolique, c'est-à-dire à forme mamelonnée. Nous ferons de plus remarquer incidemment que le sujet avait présenté le phénomène du *méricysme*. Nous n'avons rien rencontré sur le cadavre, comme malformation organique, en rapport avec cette singulière faculté.

Pour terminer l'exposé de cette épidémie de rougeole, exposé que nous aurions voulu abréger, il ne nous reste plus qu'à rapporter trois observations.

OBSERVATION XIV. — *Mère très nerveuse, faible d'esprit. — Premières convulsions dans la première année. — Début de l'hydrocéphalie à un an. — Idiotie complète. — Rougeole. — Mort à la période d'invasion. — Autopsie. — Pas de lésions viscérales thoraciques ou abdominales. — Congestion de la pie-mère. — Déformations de la boîte crânienne. — Hydrocéphalie. — Atrophie partielle des circonvolutions, avec foyers ocreux superficiels.*

Chamb... (Eugène-Louis), est entré à l'hospice de Bicêtre le 21 juillet 1879 (service de M. BOURNEVILLE). Il est âgé de 6 ans et demi.

Renseignements fournis par sa mère (25 novembre 1879). *Père*, 35 ans, maçon, intelligent, bonne santé habituelle. Nul antécédent morbide. [*Père*, mort on ne sait de quoi. *Mère*, morte de cholérine, il y a 5 ans. Pas d'affections nerveuses dans la famille.]

Mère, 33 ans, d'une intelligence restreinte, très nerveuse, sans avoir cependant d'attaques de nerfs; pleure facilement, est colérique. Dans le cours de ses grossesses, il lui est arrivé plusieurs fois de se trouver mal. [*Père*, bien portant, homme de peine. — *Mère*, morte d'une « hydropisie au ventre »; était très nerveuse. Pas d'accidents névropathiques dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Deux enfants et une fausse couche : 1° Fausse couche à 3 mois, à l'occasion de contrariétés; — 2° Notre malade; — 3° Un garçon de 3 ans 1/2, intelligent, « apprend trop. »

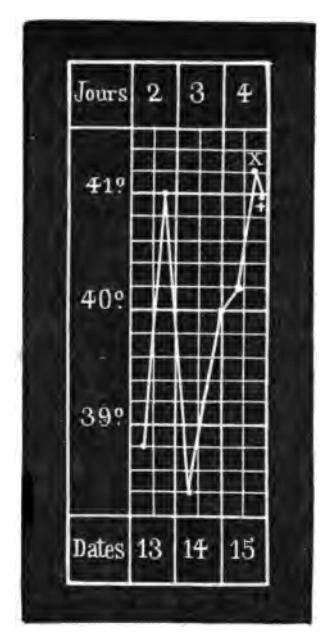


Fig. 16.

Notre malade. La *grossesse* fut bonne, sauf quelques faiblesses ou pertes de connaissance; l'*accouchement* se fit à terme, avec facilité. L'enfant, envoyé en nourrice, fut élevé au biberon; à un an il eut la cuisse gauche fracturée. Les *convulsions* apparurent pendant la 1re année pour se continuer jusqu'à 18 mois. A 2 ans. Chamb... fut repris par sa mère, qui le garda 18 mois près d'elle avant de le faire admettre à l'hospice. A ce moment, il ne marchait pas, mais pouvait se tenir debout à l'aide d'une chaise; il ne mangeait pas seul et ne connaissait personne, il était gâteux; la parole était presque nulle, il ne savait que répéter les mots : « dada, gnan, gnan. »

Tandis qu'à la naissance la tête était petite, le corps grêle, vers l'âge d'un an, on la vit prendre un grand accroissement de volume. — Durant les 18 mois qui précédèrent l'admission à Bicêtre, l'enfant aurait été sujet à des *accès d'épilepsie* se reproduisant 2 ou 3 fois par mois.

1879. 18 *Novembre. Etat actuel*. Peu de temps après son entrée, le malade a eu une diarrhée peu intense qui a persisté plusieurs mois. Aujourd'hui, il s'affermit un peu sur les jambes, avance les pieds pour marcher; celui du côté

droit se porte toujours notablement en dedans. Le vocabulaire est nul. Ch... est assez caressant, d'un caractère gai. *Traitement*: exercer l'enfant à marcher tous les jours; deux bains salés par semaine; sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue.

1880. 22 *Janvier*. Ch... a fait des progrès au point de vue de la marche. — Aujourd'hui, on ouvre un *abcès* développé à la partie supérieure de l'occipital.

5 *Septembre*. Pendant la nuit l'enfant a eu des *convulsions* qui ont duré environ une heure. (Potion avec bromure de potassium et chloral.) Les exercices ont produit quelques changements avantageux ; l'enfant aime à se promener dans le chariot; il peut marcher quand on le tient à la main.

1881. 3 *Janvier*. T. R. 38°,8. — *Soir*: T. R. 41°.

14 *Janvier*. Abattement très prononcé, lèvres fuligineuses, narines pulvérulentes, yeux très cernés, diarrhée. On constate, en outre, l'existence d'un *intertrigo* ancien occupant les fesses, les cuisses et la région hypogastrique. Eu égard au début récent de cet état d'abattement et de fièvre, en même temps que règne la rougeole dans le service, nous diagnostiquons cette affection à la période d'*invasion*. T. R. 38°,4. (Bouillon, lait, julep avec sirop diacode, 15 gr.) *Soir* : T. R. 40°.

15 *Janvier*. La prostration persiste, ni paralysie nouvelle ni contracture. L'auscultation décèle l'existence de râles sous-crépitants des deux côtés de la poitrine. T. R. 40°,2. (Julep avec rhum, 50 gr. et extrait de quina, 2 gr.; badigeonnage iodé sur le dos). Mort à 5 h. du soir dans un coma progressif. T. R. *post mortem*, 41°; une heure plus tard 41°.

Autopsie, 36 heures après la mort. — *Thorax*. Les *poumons* sont entièrement sains. — Le *cœur* (60 gr.) est normal et ne renferme pas de caillots.

Abdomen. *Foie* (410 gr.), *reins* (40 gr.) et *rate* (40 gr.), normaux.

Tête. A l'ouverture du crâne, *il s'écoule une très notable quantité de liquide céphalo-rachidien*, 120 gr. environ. La *base du crâne* est asymétrique; les fosses occipitale et temporale du côté droit sont moins excavées qu'à gauche. La protubérance occipitale interne se trouve déjetée à droite. Sur la voûte osseuse, au point de vue de la capacité, on note une disposition inverse. La moitié gauche est arrondie, tandis que, du côté droit, il existe en arrière un aplatissement notable. — *Encéphale*, 1140 gr. La *pie-mère* est le siège

d'une vascularisation généralisée intense et uniforme sur toute la périphérie de l'encéphale. On trouve, en outre, des opacités sous forme de traînées blanchâtres qui longent les vaisseaux. Les différents organes qui constituent ou avoisinent la base de l'encéphale sont normaux (artères, nerfs, etc.)

Hémisphère droit. Il est plus long que le gauche d'environ 5 millim. et pèse 80 grammes de plus que lui. Sa longueur totale est de 15 centimètres; la *pie-mère* est épaissie et s'enlève difficilement au niveau du lobe occipital. La corne d'Ammon est indurée, le *ventricule latéral est dilaté dans toutes ses parties.* Au niveau du pied de la première circonvolution frontale, on trouve un petit *foyer ocreux* de 5 millim. sur 2 millim.

Hémisphère gauche. La pie-mère est très adhérente, et, comme sur l'hémisphère précédent, elle entraîne avec elle, par places, les couches superficielles de la substance grise. Les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes sont irrégulières ; au niveau de la racine de la première frontale on voit un *foyer ocreux*, de forme quadrilatère, de 5 à 6 millim. de côté. Sur la racine de la deuxième frontale existe une seconde traînée d'aspect ocreux; on en observe une troisième, plus étendue, longeant le bord supérieur de l'hémisphère, à partir de la pariétale ascendante. *Les circonvolutions sont atrophiées au niveau de cette traînée.* Le ventricule latéral est uniformément dilaté, la corne d'Ammon indurée; le *gyrus fornicatus* est atrophié en avant. De ce côté, comme de l'autre, les circonvolutions et la substance blanche forment encore une couche épaisse entre le ventricule et la surface des hémisphères.

Cervelet et isthme : poids 140 gr. Pas de lésions.

S'agit-il, ici, d'une rougeole ? Tout en inclinant à le croire, en raison des circonstances, nous croyons devoir faire quelques réserves. Peut-être l'observation a-t-elle été mal suivie, ce qu'explique suffisamment l'excès de besogne que donnait à tout le monde, dans le service, le développement de l'épidémie.

Mais ce fait, outre ce qu'il offre d'insolite au point de vue de la rougeole, présente un véritable intérêt sous le rapport cérébral. Le développement exagéré de la tête se serait accusé à partir d'un an, puis l'ossification se serait effectuée. L'enfant aurait eu des convulsions et peut-être des accès d'épilepsie à diverses reprises. Le

diagnostic était : *idiotie consécutive à l'hydrocéphalie* (1). Malgré la gravité de l'état de cet enfant qui était confiné au lit, à notre arrivée dans le service, nous avons institué un traitement qui avait donné des résultats encourageants, puisque l'enfant commençait à marcher lorsque la rougeole est venue l'enlever en quelques jours.

L'Observation XV, qui devrait suivre maintenant, a été publiée précédemment (p. 3). Aussi nous contenterons-nous de placer sous les yeux du lecteur le tracé thermométrique (*fig.* 17) et de rappeler que la mort a été occasionnée par une *broncho-pneumonie*.

Observation XVI. — *Père alcoolique. — Grand'mère maternelle morte phthisique. — Pas de consanguinité. — Rapports sexuels pendant l'ivresse. — Rupture du cordon au moment de la naissance; chute sur le sol. — Premières convulsions à trois ans. — Apparition des accès d'épilepsie trois mois après. — Gâtisme. — Absence de la parole. — Brûlure. — Teigne. — Rumination. — Iodure d'éthyle. — Rougeole. — Broncho-pneumonie pendant la convalescence. — Stomatite scorbutique.*

Autopsie. — Broncho-pneumonie lobaire du poumon droit. — Noyaux de broncho-pneumonie du poumon gauche. — Ecchymoses sous-pleurales et sous-muqueuses dans l'intestin. — Stéatose du foie et du cœur.

Levad... (Charles-Edouard) est entré à Bicêtre, le 9 mai 1878 (service de M. Bourneville). Il est âgé de 7 ans et demi.

Renseignements fournis par sa mère (7 février 1881). *Père*, 33 ans, horloger, de petite taille, bien portant. Excès alcooliques : il s'enivrerait environ une douzaine de fois par an. Pas de manifestations nerveuses dans la famille.

Mère, 31 ans, opticienne, intelligente, colérique. Elle aurait eu, à 15 ans, un *psoriasis* généralisé, pour lequel elle a suivi un traitement pendant quinze jours à Saint-Louis (service de Bazin). Elle y est entrée de nouveau (service de

(1) Voir sur ce sujet : Bourneville, *Archives de neurologie*, t. I, p. 69, 1880.

M. Lailler), à 24 ans, pour une récidive de psoriasis, alors qu'elle était enceinte de notre malade. Durant son séjour (six semaines), elle a été traitée par les bains et les frictions à l'huile de cade; elle prit en même temps « des pilules au mercure ». [*Père*, aveugle à 27 ans, est mort d'une bronchite aiguë. *Mère*, ainsi que l'un des quatre frères, morts de phthisie. Les trois autres frères ont suc-

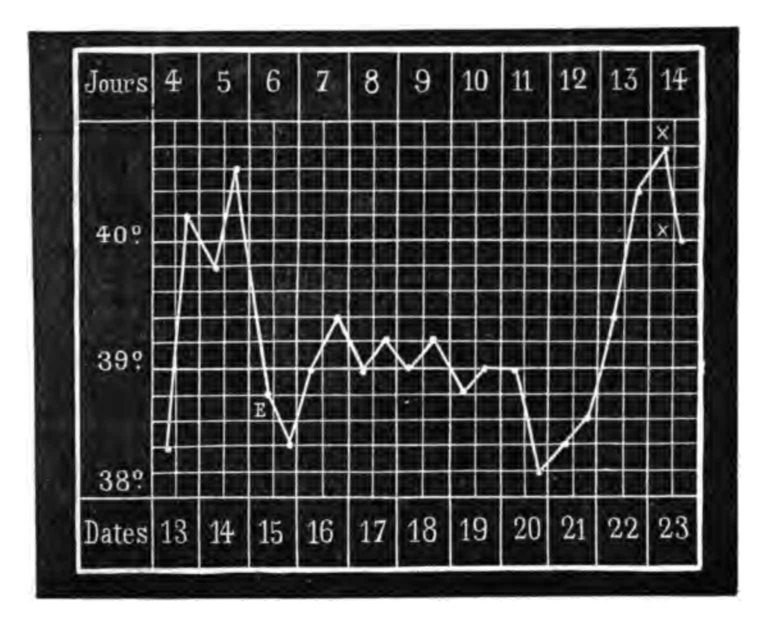


Fig. 17.

combé en bas âge, on ne sait comment]. Pas de consanguinité.

Cinq enfants: 1° un garçon de 12 ans, bien portant, intelligent; 2° une fille morte à onze mois d'une méningite, après avoir eu des *convulsions* pendant onze heures et une paralysie du côté gauche; 3° notre malade; 4° une fille âgée de quatre ans et demi, bien portante, intelligente; 5° une fille de seize mois, en bonne santé.

Notre malade. — La *grossesse* a été bonne; pendant les premières semaines est survenue l'éruption de psoriasis, dont il a été question plus haut. La mère pense que l'en-

fant a été *conçu* alors que son mari était *en état d'ivresse*, c'est à cette cause qu'elle-même attribue spontanément l'idiotie. L'*accouchement* se fit à terme, naturellement; l'expulsion du fœtus eut lieu alors que la mère était debout; le cordon s'est cassé à quelque distance de l'ombilic, et l'enfant est tombé sur le sol, où il est resté environ vingt-cinq minutes sans aucun soin. On n'a pas constaté de plaie à la tête, mais l'enfant est resté jaune pendant neuf jours; « il avait comme la jaunisse ». Lev... a été élevé au sein par sa mère, jusqu'à six mois; il a marché à vingt mois; n'a jamais parlé et a toujours été gâteux. On s'est aperçu qu'il était idiot, parce qu'il « se balançait comme s'il était sur la mer » et qu'il était pris parfois d'*accès de rire* non motivés.

Les *premières convulsions* internes ont apparu à trois ans et ont duré dix minutes. Depuis lors, après un intervalle de trois mois, les *accès d'épilepsie* se sont manifestés, se répétant toutes les semaines, diurnes ou nocturnes. L'enfant poussait un cri; se mordait; parfois il y avait de l'écume et du stertor. Entre les accès, il était *très colère*.

Lev.... ne pouvait rien tenir dans ses mains; il mangeait ses excréments, bavait, suçait ses doigts (index et médius). Il se montrait parfois violent vis-à-vis de sa mère et de sa sœur, qu'il a mordue. — Un jour, il s'est *brûlé* la fesse en s'asseyant sur le couvercle d'un poêle; il paraissait insensible à la brûlure et ne criait pas. La cicatrisation s'est faite en cinq jours sans qu'il ait paru souffrir. D'autres fois, il saisissait à la main des chiffons enflammés et alors « sa graisse brûlait sans qu'il dise rien ». Un jour il eut le doigt fortement contusionné par une porte et ne se plaignit pas.

Lev.... aimait beaucoup à se balancer. Il riait, faisait entendre comme une sorte de « ronron » et dansait quand sa mère chantait, sans s'arrêter, tant que durait le chant. Il se plaisait à détruire les objets qu'on lui mettait en main. Il n'a jamais pu aider à s'habiller.

Les fonctions digestives de l'enfant étaient bonnes, il mangeait n'importe quoi; mais buvait difficilement « parce qu'il avait la langue trop courte ». En outre qu'il fût sujet à des vomissements, il paraît qu'il *ruminait* quelquefois. Les garde-robes étaient quotidiennes, régulières.

Lev... présentait des adénites cervicales, et une éruption dartreuse sur les bras. *Il aurait eu la rougeole à trois ans*:

l'affection se serait caractérisée par de la rougeur de la peau, de la toux, du coryza, et aurait duré huit jours.

1879. 24 *novembre*. On constate l'exactitude des phénomènes décrits aux antécédents; les accès de colère sont fréquents : l'enfant pousse des cris, se heurte la tête, s'assied à terre, étend les bras. Cet état dure environ dix minutes et se répète tous les jours, mais moins souvent que par le passé. L'enfant mange avec les doigts, est très salace et aime à barbotter dans la boue et les ruisseaux. La marche est normale, chez lui, mais il y a défaut absolu de la parole. La lèvre supérieure est le siège d'un érythème occasionné par un coryza chronique. Le cuir chevelu est recouvert de quelques croûtes impétigineuses.

1880. 21 *juin*. Teigne, au niveau du vertex (épilation).

2 *août*. On commence les inhalations d'*iodure d'éthyle*, à la dose d'une demi-cuillerée à café, répétées tous les deux jours. En même temps, on continue l'administration de bains salés, commencés depuis le 2 novembre 1879.

1881. 13 *janvier*. Hier soir l'*exanthème rubéolique* a fait son apparition. Au niveau du visage, il se manifeste par des plaques rouges, dont l'aspect ne rappelle en rien celui d'une rougeole normale. Sur le tronc, l'abdomen, les cuisses, il prend la forme d'un fin piqueté rouge. Il fait défaut sur les bras et les jambes. En même temps, diarrhée abondante, avec un léger degré de météorisme; à l'auscultation respiration rude, toux bruyante. Conjonctivite catarrhale peu intense ; coryza très marqué, entraînant de l'érythème de la lèvre supérieure; somnolence. T. R. 40°,2. — *Soir* : T. R. 40°,6.

14 *janvier*. Persistance de l'éruption au même degré ; gros râles sous-crépitants des deux côtés de la poitrine surtout à droite. T. R. 40°,2. Lait, bouillon, julep diacode avec rhum 30 gr.). — *Soir* : T. R. 40°.

15 *janvier*. Même état. Persistance de la diarrhée. T. R. 39°,6. – *Soir* : T. R. 39°,4.

18 *janvier*. Cessation des symptômes thoraciques; persistance de la rougeur de la face et de la somnolence. T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 39°,2.

19 *janvier* T. R. 38°,8; somnolence : Julep avec 4 gr. d'acétate d'ammoniaque. — *Soir* : T. R. 40°.

20 *janvier*. Respiration rude. T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 39°.

21 *janvier*. L'enfant commence à manger ; il est moins

somnolent que les jours précédents; la température oscille entre 38° et 39°.

24 *janvier*. On entend encore de gros râles ronflants des deux côtés de la poitrine.

25 *janvier*. Râles sous-crépitants à la base du poumon droit.

27 *janvier*. L'enfant pousse des cris plaintifs en se balançant, comme dans son état de santé normale. La température se maintient au-dessous de 38°.

29 *janvier*. Tout symptôme thoracique a disparu ; l'enfant mange bien.

31 *janvier*. On perçoit quelques râles fins dans la poitrine avec rudesse de la respiration. Les extrémités des membres sont froides et cyanosées. Le foie est gros et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. T. R. 38°,4. Julep avec kermès, 0 gr. 10. — *Soir* : T. R. 38°.

1er *février*. — T. R. 37°,6. L'enfant mange de bon appétit le matin, mais pas le soir, ce qu'on attribue à la fièvre. Pour s'en assurer, on fait prendre la température à 2 heures et on trouve 39°. (Sulfate de quinine). — *Soir*: T. R. 38°,2.

2 *février*. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°,2.

3 *février*. L'haleine est très fétide, d'une odeur fécale. La salive est ichoreuse, d'une teinte chocolat; la langue se recouvre d'un épais enduit noirâtre. L'examen de la bouche ne décèle aucune lésion. T. R. 38° ; ipéca. — *Soir* : T. R. 40°,2.

4 *février*. A l'examen de la poitrine, on trouve à droite de la submatité dans toute l'étendue du poumon et du retentissement de la voix au sommet. L'haleine est moins fétide, et les mucosités noirâtres ont en partie disparu de la bouche. L'enfant a de l'appétit, mais ne peut déglutir les aliments solides. Il présente deux plaques d'*eczéma impétigineux*, l'une au niveau du sillon naso-labial, l'autre vers l'angle externe de l'œil droit. T. R. 40°. — *Soir*: T. R. 40°

5 *février*. Depuis quelques jours l'enfant a considérablement maigri ; l'examen de la poitrine, difficile à pratiquer à cause de la résistance et des cris incessants du malade, ne décèle que quelques gros râles sourds, à droite, vers l'aisselle. A ce même niveau, à partir de l'épine de l'omoplate, on note de la matité ; la bouche est enduite de mucosités brunâtres, très fétides ; la langue est sèche, racornie, comme rôtie. Les lèvres, les dents, les gencives sont recouvertes de dépôts de même aspect. Malgré l'empressement que met l'enfant à saisir les aliments, la dysphagie persiste

au même point. Toutefois, quand on place la tête dans une position déclive, pour faire déglutir du lait, il n'y a pas de régurgitation. — Les ulcérations impétigineuses se cicatrisent. — T. R. 40°. — *Soir* : T. R 40°,2.

6 *février*. Râles sous-crépitants avec respiration rude. Même état de sécheresse de la bouche. T. R. 40°,4. — *Soir* : T. R. 40°,6.

7 *février*. L'enfant est assoupi. L'état de la bouche reste le même ; les gencives sont tuméfiées et saignantes ; le ventre est gros, un peu tendu ; on note de l'otite ainsi que de la conjonctivite avec blépharite du côté droit ; les yeux sont excavés, ternes. On constate de la dyspnée avec un peu de tirage (36 respirations par minute). La sonorité thoracique est normale ; malgré les difficultés de l'auscultation, toujours par suite des cris du malade, on perçoit des râles sous-crépitants au niveau de l'aisselle droite. Le poumon gauche, dans toute sa hauteur, est le siège de râles sous-crépitants, ronflants par places. La respiration est légèrement soufflante sous l'aisselle gauche. L'enfant ne boit que quelques gouttes de lait, ne peut prendre aucun médicament ; la peau est cyanosée sur toute la poitrine ; elle est le siège d'un érythème au niveau des fesses. T. R. 40°,4.— *Soir* : T. R. 40°,6.

8 *février*. T. R. 40°,8. Le malade a rendu par le nez et la bouche un *liquide noirâtre, fétide*. La langue présente le même aspect que les jours précédents : l'oreille gauche est devenue le siège d'un écoulement. On constate à l'auscultation l'existence de gros râles dans le tiers supérieur du poumon droit : du côté gauche, la respiration est légèrement soufflante. Le malade succombe à 2 heures de l'après-midi. T. R. *post mortem* : 42°,4.

Autopsie, vingt-deux heures après la mort. — La *rigidité cadavérique* est peu prononcée.

Thorax. — A l'ouverture de la cage thoracique, les *poumons* se rétractent imparfaitement ; les deux lobes supérieurs du poumon droit sont sains, crépitent, surnagent, etc. Cependant, sur le bord inférieur du lobe moyen, on constate l'existence d'un noyau rougeâtre, dont la coupe donne issue à de la sérosité purulente. La face postérieure du lobe inférieur est le siège d'*ecchymoses sous-pleurales*. Au niveau de la gouttière costo-vertébrale, ce lobe est atteint de bronchio-pneumonie surperficielle, en nappe, d'une étendue de 25 à 30 centimètres carrés, sur une épais-

seur de 15 millimètres. En ce point, le tissu pulmonaire présente une teinte jaune clair, il est friable sous le doigt, ne surnage pas. Sur une coupe, bien qu'on n'obtienne pas de gouttelettes de pus bronchique par la pression, on amène sur le couteau, par le raclage, un détritus purulent. Le reste du lobe est congestionné ; sur son bord inférieur et sa face correspondante, il offre également quelques noyaux de bronchio-pneumonie. Le poumon gauche, au niveau de son lobe supérieur, est flasque, affaissé. On y voit quelques nodules de tissu emphysémateux, et un noyau de bronchio-pneumonie au niveau du lobe inférieur; il existe quelques ecchymoses sous-pleurales interlobaires. On trouve un noyau d'*hépatisation rouge* sur le lobe inférieur. Toute la partie la plus déclive de ce poumon est en *hépatisation grise*. Le *larynx* présente une érosion allongée, sur la corde vocale inférieure gauche.

Cœur (70 gr.). Il est stéatosé et offre des dépôts adipeux, dans les sillons. Les deux ventricules renferment un caillot fibrineux. La valvule tricuspide, sur sa face ventriculaire, a un aspect laiteux et mamelonné vers son bord libre.

Abdomen. — Le *foie* (850 gr.) déborde les fausses côtes de deux travers de doigts. Il est gros, de teinte jaune rosée, présente à sa surface des dépressions allongées, plus claires, dues à la pression des fausses côtes. Sur des coupes, il est *gras*, exsangue, friable.

Tube digestif. La *muqueuse buccale* n'offre pas trace d'ulcération. L'*œsophage* est parsemé d'*érosions* à sa partie inférieure. L'*estomac* montre des *ecchymoses* sous-muqueuses d'un rouge vif, surtout au niveau du grand cul-de-sac. L'*intestin* est fortement congestionné dans la partie terminale de l'iléon et dans le cœcum.

Encéphale (1040 gr.) La *pie-mère* est très finement vascularisée, principalement à la région occipitale. Il n'existe pas d'anomalies dans les organes de la base de l'encéphale, non plus que du côté de l'enveloppe osseuse, sauf un amincissement de la voûte crânienne, d'ailleurs très épaisse, sur une étendue de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. — Les deux *hémisphères cérébraux* et *cérébelleux* sont égaux en poids ; les ventricules moyen et latéraux n'ont rien d'anormal.

Hémisphère droit. Les circonvolutions de la face interne sont assez régulières, mais les sillons peu profonds. La pie-

mère, très fine, s'enlève difficilement surtout vers le bord supérieur de la face convexe.

Hémisphère gauche. La pie-mère est très adhérente, surtout vers les cornes occipitales, et au niveau du *gyrus fornicatus*. Les circonvolutions semblent fortement tassées les unes sur les autres en deux points : 1° sur le lobule du pli courbe ; 2° au niveau de la face interne du lobe occipital.

De nombreuses particularités caractérisent cette rougeole, tant au point de vue clinique que dans l'ordre anatomique. Dès le début, il y a irrégularité dans l'éruption. Celle-ci revêt le type scarlatiniforme, dans ses deux principales modalités : d'une part, plaques rouges, lisses, sur le visage ; d'autre part, exanthème pointillé, fin, écarlate, sur le tronc. Les phénomènes thoraciques ne durent qu'un temps très court, et l'enfant arrive à un état de santé, qui va plusieurs jours en s'améliorant. Alors que nous comptions sur une convalescence heureuse, survient un nouvel affaissement, brusque et rapide ; en 48 heures la température remonte de 38°,8 à 40°, et l'adynamie devient complète. En même temps apparaissent des troubles circulatoires, se manifestant par des hémorrhagies nasales et buccales. La muqueuse de la bouche se recouvre de croûtes noirâtres, dues au suintement sanguin ; les gencives se tuméfient, l'haleine est fétide ; en définitive, nous sommes en présence d'une forme grave de *purpura*, qui entraîne la mort en quelques jours. C'est là une complication excessivement rare, et dont la gravité avait déjà été mise en relief par Barrier « ...La mort arrive moins, dit cet auteur, par le fait des hémorrhagies que par suite de l'état ataxique, et des symptômes de malignité proprement dite qui paraissent liés à l'altération profonde du sang. Souvent, chez les sujets qui succombent, on ne trouve pas de lésions locales suffisantes pour rendre compte de la mort.... » Dans ce cas cependant, nous avons rencontré à l'autopsie des noyaux de bronchopneumonie, en hépatisation rouge. Mais nous croyons que cette lésion n'a été que consécutive, et, en quelque sorte, symptomatique de l'état de purpura ; nous avons, en outre, constaté l'exis-

tence des lésions scorbutiques, telles que les signale Barrier dans le même ouvrage. « C'est la muqueuse pituitaire qui est le siège le plus fréquent de ces hémorrhagies, puis la tunique interne de l'estomac et de l'intestin. » (*Traité pratique des maladies de l'enfance*, 3e édition, t. II, p. 541). Dans le cas actuel, il existait de plus des *ecchymoses* sus-séreuses du côté de l'*arachnoïde*, de la *plèvre*, du *péricarde* et du *péritoine*.

Observation XVII. — *Père et mère en bonne santé. — Consanguinité. — Peurs de la mère pendant la grossesse. — Convulsions.— Idiotie complète. — Rougeole. — Convalescence. — Accidents pulmonaires. — Mort. — Autopsie. — Pyopneumothorax. — Cavernes gangréneuses. — Laryngite ulcéreuse. — Péricardite. — Endocardite. — Stéatose du foie. — Entérocolite.*

Fave..., Émile, âgé de 10 ans, est entré à l'hospice de Bicêtre le 3 novembre 1880 (service de M. Bourneville.)

Renseignements fournis par son père. Père, 43 ans, employé de commerce ; ne présente pas d'accidents nerveux. [*Père* rhumatisant ; pas de maladies nerveuses dans la famille.]

Mère, 44 ans, couturière, intelligente, sujette à la jalousie. [*Père*, alcoolique, mort avec des douleurs de tête très intenses. Pas d'accidents nerveux dans la famille].

Pas de consanguinité.

Six enfants : 1° garçon, mort à 5 ou 6 jours en nourrice ; 2° fille, 12 ans, intelligente, pas de convulsions ; 3° notre malade ; 4° fausse couche à 4 ou 5 mois ; 5° garçon, 8 ans, bien portant ; pas de convulsions ; 6° garçon mort à 8 jours, sans convulsions.

Notre malade. La *grossesse* a été accidentée par de fortes émotions causées par la peur (c'était au moment des événements de la Commune), en même temps que par la jalousie. L'accouchement s'est fait à terme, facilement. Rien d'anormal chez l'enfant à la naissance. Elevé au sein en nourrice, il a été sevré à 20 mois. A ce moment, Fav.... parlait un peu, jouait, était propre et se montrait assez intelligent.

De 2 ans et demi à 3 ans, *premières convulsions*. A quatre ans, lors de sa première entrée à Bicêtre, l'enfant était dans

l'état où nous le voyons aujourd'hui. Peu de jours après son admission, survinrent les premiers *accès d'épilepsie*, diurnes et nocturnes, d'intensité variable, sans aura. Il y a un cri initial coïncidant avec la chute, mais on ne sait si les convulsions prédominent d'un côté.

On attribue l'état intellectuel du petit malade aux peurs de la mère pendant la grossesse et aux convulsions. Sur celles-ci nous n'avons pu avoir de renseignements ; les premières auraient été violentes, sans perte de connaissance ; « ce semblait être plutôt des accès de colère, parfois même de peur. »

1880. 11 *novembre*. — *Etat actuel*. *Tête* régulièrement conformée et symétrique; visage allongé, avec un léger degré de prognatisme ; front bombé, de haut en bas, déprimé latéralement, arcades sourcilières saillantes. Nez légèrement épaté ; la région malaire droite est un peu plus proéminente que la gauche. Cette asymétrie provient d'une paralysie faciale peu accusée, que l'on retrouve surtout au niveau du sillon naso-labial droit, alors que l'enfant vient à rire. Les yeux sont normaux, les lèvres épaisses, la bouche est large. L'arcade dentaire supérieure est bien rangée, munie d'incisives médianes à couronne très large. Sur l'arcade inférieure, on voit percer les 4 incisives de la deuxième dentition. La voûte palatine est ogivale, surtout en avant; elle semble plus étroite dans sa moitié gauche. Légère hypertrophie des amygdales. Oreilles moyennes ; cou assez court : tronc et membres bien conformés. Cheveux châtains, peu abondants ; sourcils peu épais ; cils longs et noirs. Peau fine, recouverte d'un duvet assez fourni sur les épaules. Organes génitaux bien conformés ; par d'onanisme. Respiration et circulation normales. L'enfant mange seul, en se servant de la cuiller ; salacité ; selles quotidiennes ; gâtisme absolu. Fav... a coutume de faire claquer sa langue sur le plancher de la bouche. Il reste continuellement en mouvement, faisant de fréquentes grimaces, et, parfois exécutant des mouvements rapides de la tête, accompagnés de clignottement des yeux. Le caractère de l'enfant est affectueux ; l'attention est difficile à fixer chez lui. La sensibilité générale, non plus que la vue et l'ouïe, ne présentent rien d'anormal. — La parole est nulle.

1881. 12 *janvier*. Depuis quelques jours l'enfant est somnolent, a perdu l'appétit. Il est entré hier à l'infirmerie avec une *rougeole* en éruption. L'exanthème est con-

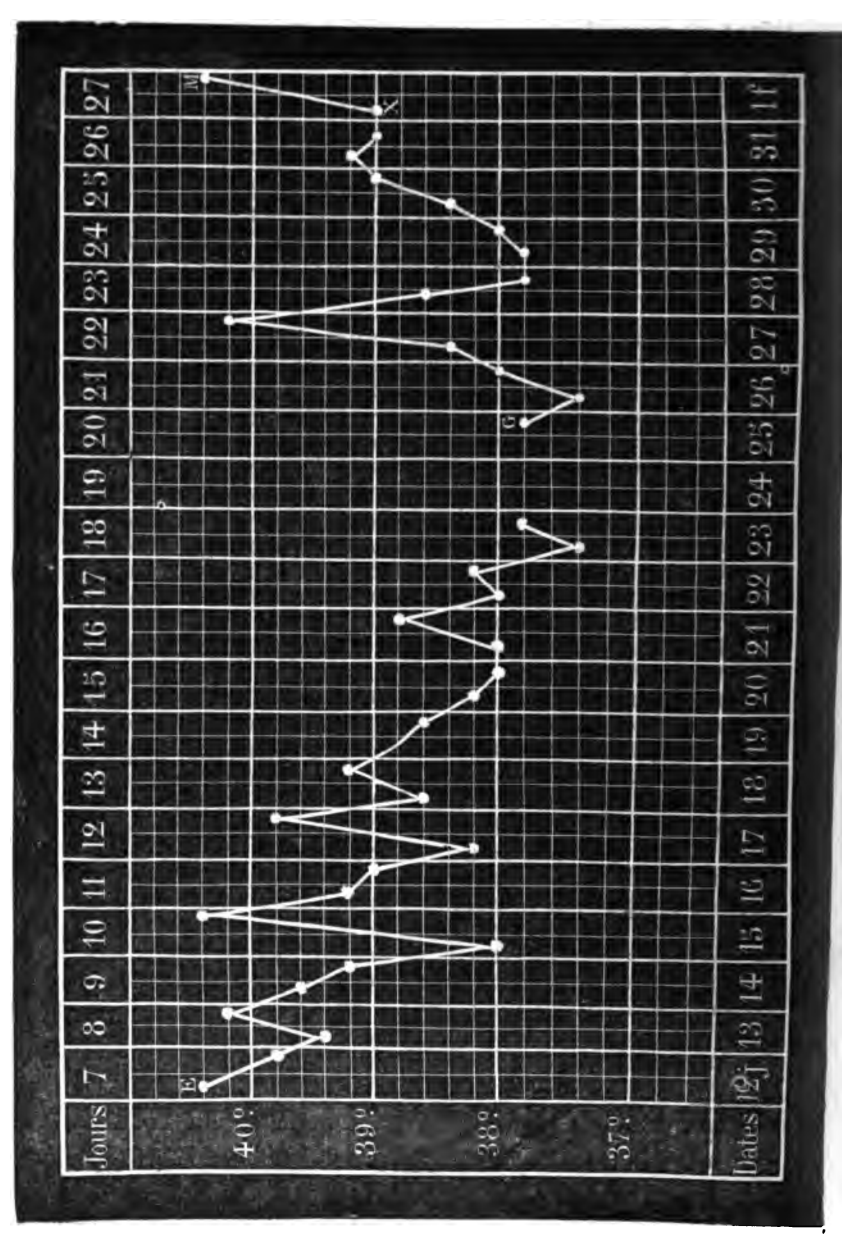

Jours
7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27
40°
39°
38°
37°
Dates
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
E
M
X
G

Fig. 18.

fluent, surtout à la face. Il existe également sur le tronc, en avant et en arrière, à la racine des cuisses, au scrotum.

Langue saburrale. Erection des papilles qui se détachent en rouge sur le fond blanc de l'enduit. Diarrhée glaireuse, jaune-verdâtre.

Yeux légèrement larmoyants. Pas de coryza. Toux bruyante. Respiration rude, mélangée de quelques râles sonores. T. R. 40°,4. (Bourrache; julep, kermès, 0 gr. 25). *Soir* : T. R. 39°,8.

13 *janvier*. L'éruption, plus confluente qu'hier, affecte la disposition en corymbes, elle est très développée sur les fesses. Dans toute la poitrine, râles sous-crépitants. Langue sèche: persistance de la diarrhée. T. R. 39°,4. Potion avec 3 gouttes laudanum de Sydenham; eau de chaux, 60 gr. *Soir* : T. R. 40°,2

14 *janvier*. L'éruption disparaît; la langue est humide. Julep diacode avec rhum, 40 gr. T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 39°,2.

15 *janvier*. L'éruption a complètement disparu. Grande amélioration dans l'état général. Cessation de la diarrhée. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 40°,4.

18 *janvier*. La desquamation est terminée, cependant la courbe thermométrique oscille autour de 39°. (*Fig.* 18.)

Respiration encore légèrement rude à gauche, sans râles. Le malade a mangé un peu de viande. La diarrhée a cessé.

21 *janvier*. L'enfant mange bien, est gai : il tousse encore un peu. Depuis, la température est tombée, sans oscillation, à 38°.

24 *janvier*. Sirop d'iodure de fer; V. qq., H. f. m., côtelette.

26 *janvier*. Nouvelle ascension de la température de 37°,4 à 38°. Diarrhée liquide « de couleur cachou. »

27 *janvier*. Toux grasse. Sonorité parfaite, gros râles sous-crépitants à la base du poumon gauche; respiration ronflante à droite. (Teinture d'iode des deux côtés.) Eczéma de l'oreille (glycérolé d'amidon). Diarrhée. (Eau albumineuse. Vomitif avec sirop d'ipéca, 40 gr., poudre d'ipéca, 0 gr. 40; suppression de l'iodure de fer et de l'huile de foie de morue.) T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 40°,2.

28 *janvier*. Râles sous-crépitants, disséminés; respiration un peu soufflante à droite. T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 37°,8.

29 *janvier*. Rougeur vive des pommettes. Râles sibilants surtout à droite. Langue saburrale; la diarrhée persiste. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°.

31 *janvier*. Respiration rude et râles ronflants à droite.

A gauche, mêmes symptômes limités à la base. T. R. 39°,2. (Julep kermès, 0 gr. 10.).— *Soir* : T. R. 39°.

1er *février*. Respiration ronflante dans le côté droit de la poitrine. Souffle amphorique à la base à la partie inférieure, surtout en avant. A ce niveau, sonorité exagérée. Voussure très marquée. Espaces intercostaux effacés à droite. (21 centimètres à gauche ; 31 à droite au niveau de l'angle inférieur du scapulum.) Bruit d'airain. Du côté gauche, râles ronflants, facies altéré, paupières goufiées, lèvres violacées. L'enfant succombe dans l'après-midi. T. R. *post mortem*, 40°,4.

AUTOPSIE. 40 heures après la mort. Absence de rigidité cadavérique. Saillie de la paroi thoracique à gauche où les téguments présentent une teinte verdâtre.

Le côté droit du thorax mesure au niveau de l'appendice xiphoïde, 29 cent., le côté gauche 26 cent., au niveau de la ligne mamelonnaire, à droite 28 cent., à gauche, 25,5. Une fenêtre est pratiquée sur la paroi thoracique au niveau du cinquième espace, on verse de l'eau sur la plèvre, et on ponctionne : des bulbes gazeuses fétides traversent le liquide en abondance.

Thorax. — Adhérences pleurales celluleuses au niveau du poumon gauche à sa partie antéro-supérieure. Adhérence du péricarde à la face postérieure du plastron sternal, principalement à droite.

Poumon droit. Le poumon est recroquevillé dans la gouttière vertébro-costale. La plèvre est épaissie, jaunâtre, tomenteuse, renferme un liquide séreux, à odeur très infecte, tenant en suspension des grumeaux fibrineux. Le poumon est très adhérent en arrière et en même temps très friable. On trouve à la partie moyenne du bord postérieur une caverne gangréneuse à parois grises noirâtres, pouvant contenir un gros œuf de poule. Elle contient un détritus du même aspect que la paroi, très fétide. Le poumon, revenu sur lui-même, est blanc grisâtre. A la partie antérieure du lobe inférieur, on trouve une plaque ovalaire, faisant relief, de 3 centimètres de haut. Sur une coupe horizontale, on voit que cette plaque répond à un îlot de gangrène, volumineux, cunéiforme. Le reste du tissu est friable sous le doigt et ne surnage pas. La pression fait sourdre des gouttelettes de pus de la masse hépatisée.

Poumon gauche. On trouve au niveau du lobe inférieur un noyau de broncho-pneumonie, peu volumineux (hépatisation rouge).

Larynx. La muqueuse est rouge, injectée, ecchymosée, surtout sur les deux faces de l'épiglotte. Sur le bord libre de la corde vocale inférieure gauche, il y a une petite érosion. *Trachée*. Injection de la muqueuse. Du côté droit, les *bronches*, injectées, présentent des plaques de muqueuse gangrénée ; les petites bronches s'ouvrent à pic dans les cavernes (l'eau introduite dans la trachée vient sortir par l'orifice de la caverne). Leurs parois sont épaissies, blanchâtres à ce niveau. A gauche, bronches avec arborisations vasculaires. Un des *ganglions bronchiques*, à droite, a le volume d'une amande. Une coupe montre un noyau caséeux présentant la consistance et la couleur du mastic, avec des marbrures noirâtres.

Cœur, 170 gr. Adhérence immédiate des deux feuillets du péricarde en avant. En arrière, ces adhérences sont infiltrées de sérosité et ont l'aspect gélatiniforme. Dans le ventricule gauche, caillot jaunâtre, adhérent au bord libre et à la face supérieure de la grande valve de la mitrale. Un second caillot analogue se prolonge dans le canal aortique. Sur le bord libre de la valve interne de la mitrale, on trouve un état dépoli de la séreuse avec quelques végétations peu saillantes, lactescentes. Rien aux valvules sigmoïdes. Caillot blanc passant de l'oreillette droite dans le ventricule correspondant, cruorique à sa partie supérieure, adhérent à la valvule.

Abdomen. *Foie*, 700 gr. *Rate*, 60 gr. Les *reins* sont congestionnés, se décortiquent aisément. Teinte lie de vin à la coupe. *Intestin*. Au niveau de la partie terminale de l'iléon et dans le cœcum, on trouve la muqueuse injectée, de teinte vineuse. Dans le *cœcum*, on découvre un paquet d'ascarides lombricoïdes. L'appendice vermiculaire a une longueur de 11 centimètres.

Tête. *Encéphale*, 1080 gr. *Poids du cervelet* et *isthme* 140 gr. *Pie-mère* injectée, adhérente à gauche au niveau des lobes frontaux et occipitaux, du pli courbe, et de la face interne. — Sur l'hémisphère droit, légère adhérence sur le lobe frontal et le pli courbe. Circonvolutions bien développées : toutefois la partie antérieure des circonvolutions frontales paraît un peu plus petite.

En résumé, cette rougeole a évolué normalement et suivi une marche heureuse jusqu'à la convalescence. Bientôt celle-ci a été brusquement interrompue par l'apparition d'accidents pulmonaires à marche rapide et in-

sidieuse. Ce dernier fait n'a pas lieu de nous étonner et il a été maintes fois relevé par les auteurs : « Les symptômes, dit West, auxquels donne lieu une phlegmasie pulmonaire au déclin de la rougeole sont quelquefois très légers, à ce point que l'auscultation seule, pratiquée avec soin tous les jours, est capable de faire découvrir la maladie. » (*Leçons sur les maladies de l'enfance*, par Ch. West, traduction Archambault, 1875, p. 154). Notre malade a succombé avec tous les symptômes d'un hydropneumo-thorax. A l'autopsie, nous avons trouvé une communication de la cavité pleurale, avec une vaste caverne gangréneuse et avec l'air extérieur, par l'intermédiaire des bronches ouvertes dans le foyer. Il existait, en outre, une *péricardite* suppurée, de date récente, coïncidant elle-même avec une *endocardite* dont la lésion était surtout appréciable sur le bord frangé de la valvule mitrale.—Du côté du foie, de l'intestin, du larynx, se voyaient les lésions communes de la rougeole, que nous avons déjà signalées dans le cours de cet exposé.

Considérations générales.

Dès le début de cette étude, nous avons relevé les caractères particuliers que le génie épidémique a pu revêtir, grâce au milieu dans lequel s'est propagée l'affection, et à l'état des sujets qui en ont été atteints.

Chemin faisant, nous nous sommes efforcés de mettre en relief, à propos de chaque observation, les différents phénomènes cliniques et les lésions variées qu'on peut rencontrer dans la rougeole. Nous n'avons donc pas à revenir sur ces points ; mais nous devons relever les caractères généraux des tracés thermométriques après avoir, toutefois, signalé un fait clinique qui, bien que d'un ordre général, sans affecter de corrélation plus intime avec la rougeole qu'avec toute autre affection fébrile, n'en a pas moins reçu une importante confirmation. Nous voulons parler de l'action d'arrêt, ou plutôt de ralentissement, que la rougeole a exercé sur les manifestations de l'épilepsie. Dans un travail consciencieux et remarquable, M. Séglas s'est récemment attaché à prouver l'exactitude du « *febris solvit spasmus*. »

Il a produit une longue série d'observations, relevées depuis plusieurs années par l'un de nous dans les services d'épileptiques de la Salpêtrière et de Bicêtre, et, d'après cet ensemble de faits, il a établi les conclusions suivantes :

1° Les maladies intercurrentes ont, dans la majeure partie des cas, une influence favorable sur l'épilepsie ;— 2° Tantôt cette influence ne se manifeste que pendant la durée des accidents ; — 3° Tantôt elle survit à la maladie, et c'est alors qu'elle modifie, à proprement parler, la marche de l'épilepsie ; — 4° C'est surtout quand il s'agit de maladies aiguës provoquant une réaction fébrile, que la modification est le plus sensible.

La justesse de ces différentes propositions ne peut être mise en doute, dans les diverses affections fébriles ou traumatiques. La diminution du nombre des accès d'épilepsie a été évidente dans les différents cas de rougeole que nous avons observés. Le relevé des accès que nous publions ci-après, sous forme de tableau, en fait suffisamment foi. Mais nous voyons aussi que cette influence inhibitoire a pris fin, le plus souvent, en même temps que s'établissait la défervescence. Si nous nous reportons au travail de M. Séglas, nous y trouvons relatée une observation de rougeole chez une épileptique. En ce cas, comme dans les nôtres, l'influence de l'affection intercurrente ne s'est fait sentir que pendant la durée du cycle fébrile, et le chiffre total des accès d'épilepsie est resté le même après qu'avant la fièvre éruptive. Aujourd'hui, chez ceux de nos idiots épileptiques qui ont survécu, malgré la débilitation organique qui a persisté à des degrés variables, comme manifestation à distance de la rougeole, l'état mental et névropathique est resté exactement le même qu'avant l'apparition de l'épidémie.

Relevé des accès d'épilepsie avant, pendant et après le cours de la rougeole.

JANVIER

DATES..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Buv..	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	I -	-	-	-	E -	2	1	-	2	1	-	3	3	1	1	1
Charm..	4	10	7	2	1	»	4	I 1	-	4	-	E 1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	»
Juv..	»	1	2	5	»	2	»	1	I -	-	-	-	E -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Duch...	1	5	3	2	4	4	3	4	4	4	6	2	4	I 2	-	1	E 1	1	1	-	1	2	1	2	-	1	-	1	-	-	1
Jaus..	»	»	»	»	»	»	»	1	1	I 4	3	1	1	2	E -	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Mil....	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Mor....	»	1	1	2	2	1	3	2	1	I 1	5	-	1	1	E 1	1	1	1	-	-	1	-	X -	»	»	»	»	»	»	»	»
Vaut...	»	»	»	»	»	1	»	I -	-	-	-	E -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FÉVRIER

DATES..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Buv..	1	-	1	1	1	1	1	1	»	»	»	1	1	»
Charm..	1	1	8	3	4	2	2	3	3	1	4	»	5	»
Juv..	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Duch...	-	-	1	1	»	2	2	1	»	»	3	1	4	»
Jaus..	-	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
Mil....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Mor....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Vaut...	1	»	2	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»

- Jours pendant lesquels a évolué la rougeole. — I Début probable de l'invasion.
E Début de l'éruption. — X Mort.

Nous avons essayé de trouver le point de départ de cette épidémie; mais, à cet égard, nos recherches ont été sans résultat. En effet, lors de l'apparition des premiers cas de rougeole dans le service, aucun des enfants des employés ou sous-employés de l'hospice n'était ou n'avait été récemment atteint de rougeole. Ajoutons, d'ailleurs, que l'épidémie est demeurée circonscrite à l'une de nos catégories d'enfants.

L'une des raisons qui nous ont incité à publier la relation de cette épidémie qui, en somme, n'offrait peut-être en elle-même rien de vraiment particulier en dehors des conditions d'observation, c'est que la *température* avait été prise avec soin.

Nous n'avons pas été favorisés en ce qui concerne la *période d'incubation*, ce qu'explique suffisamment l'évolution rapide de l'épidémie et l'état mental de nos malades.

La *période prodromique* a pu être mieux suivie et plusieurs de nos tracés (*Fig.* 7, 10, 15, 17) nous montrent des oscillations thermiques, caractérisées par une élévation vespérale progressivement croissante et une diminution matinale de moins en moins accentuée. Durant cette période, le maximum de la température a été de 40°,4; mais, le plus souvent, la température a oscillé entre 39° et 40°. Ainsi que l'a fait remarquer Wunderlich, « dans cette *première élévation* la température n'atteint que très exceptionnellement le maximum de toute la fièvre morbilleuse (1). » Elle est suivie tantôt d'une diminution qui a varié dans nos cas de 4/10 de degré à un degré 8/10; tantôt d'un état stationnaire de la température qui se traduit par un plateau sur le tracé (une fois 39°,8; une fois 40°,2). Lorsqu'il y a une chute rapide, par exemple d'un degré 8/10°, on pourrait incliner à croire qu'il s'agit d'une fièvre éphémère si les autres symptômes n'étaient présents pour faire éviter l'erreur.

(1) *De la température dans les maladies*, 1872, p. 349.

Après cette rémission ou ce maintien de la température au même chiffre, on observe une nouvelle élévation de la température qui correspond à la *période* ou à la *fièvre d'éruption*. La température acquiert promptement son maximum (40 à 41°) qui dépasse en général de quelques dixièmes, rarement d'un degré, la première élévation thermique. Dans la plupart des cas, nous avons noté une montée rapide de la température (24 heures); ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle a porté sur deux jours (Obs. III). La plus haute température a presque toujours coïncidé avec la généralisation de l'exanthème, ce qui confirme l'opinion émise par Wunderlich.

Sur nos tracés, la lettre E indique, en général, sinon le début précis de l'éruption, tout au moins le moment où nous l'avons observée ; elle ne répond donc pas au maximum de l'éruption qui, nous le répétons, nous a paru coïncider avec le maximum thermique, dans les cas réguliers, bien entendu. A ce maximum a succédé presque toujours une chute de la température.

C'est à partir de là que nous avons à étudier la *période de défervescence*. Dans quelques cas (voir entre autres les *Fig.* 37, 39, 40), elle a directement continué la chute consécutive à la fièvre d'éruption. D'autres fois, après cette chute, la température s'est élevée de nouveau, mais sans atteindre le chiffre de la fièvre d'éruption et a oscillé pendant quelques jours entre 38° et 40°. (*Fig.* 5, 8, 9, 10, 11, etc.); mais, dans cette catégorie de cas, il y avait des complications ou tout au moins on notait la persistance de quelques-uns des symptômes des premières périodes.

Nous n'insisterons pas sur les tracés relatifs aux cas de rougeoles compliqués d'accidents mortels ; nous nous bornerons à dire qu'ils témoignent de l'importance de la thermométrie clinique, parce qu'ils aident à reconnaître l'apparition des complications.

Pour terminer l'exposé de cet ensemble de rougeoles, il n'est pas sans intérêt de rapporter l'évolution de l'affection dans ces différents cas, de celle que M. Delasiauve a eu l'occasion d'observer dans le même service en février 1851. L'histoire de cette épidémie se trouve succinctement rapportée dans les *Annales médico-psychologiques* (1851, III.). M. Delasiauve fait suivre cette relation de quelques considérations qui ont trait aux conditions spéciales d'hygiène individuelle et nosocomiale où se trouvaient alors les malades rubéoleux; ces conditions étaient d'ailleurs identiques à celles où se sont trouvés nos malades et dont nous avons parlé plus haut, sauf peut-être quelques améliorations, malheureusement trop restreintes, apportées depuis deux ans dans cette salle de la 3e section.

M. Delasiauve, envisageant les caractères de gravité qu'a présentés l'affection épidémique, n'attribue qu'une très médiocre influence à l'élément *encombrement*, et la rejette en revanche sur les conditions physiques individuelles, inhérentes à l'état mental ou névropathique. A l'appui de cette assertion, il rapporte le fait suivant: alors que la rougeole sévissait simultanément sur les enfants des employés de Bicêtre et sur les petits malades internés à l'hospice, il a observé dans une même famille quatre cas de la première catégorie; les enfants étaient couchés deux à deux dans de petits lits confinés dans un cabanon étroit où résidaient en outre trois personnes adultes; ici la rougeole fut grave, féconde en complications, et néanmoins elle se termina par la guérison.

Cette épidémie de 1851 eut moins d'extension que celle dont nous venons de tracer l'histoire: huit malades seulement, idiots ou épileptiques, furent atteints et sur ce nombre on n'eut à enregistrer que trois ou quatre décès (la 4e observation est restée incomplète dans le mémoire). Phénomène remarquable, et qui montre bien les variations du génie épidémique suivant les époques, les complications dans ces cas de rougeole, tous de forme et d'allures graves, portèrent avec une prédominance presque exclusive sur l'appareil digestif et revêtirent principalement la forme de *flux diarrhéiques incoërcibles*. Dans nos observations, c'est l'appareil

respiratoire qui s'est trouvé presque constamment le siège des lésions surajoutées.

Les trois cas de mort, publiés par M. Delasiauve, ont trait à des sujets de 10, 5 et 6 ans, et sont survenus les 9e 15e et 30e jours de la maladie. Dans deux des autopsies il existait bien, il est vrai, des lésions de broncho-pneumonie, un noyau d'hépatisation rouge, mais les altérations intestinales étaient plus accusées et constituaient les véritables causes de l'issue fatale. Nous jugeons utile de mettre en regard de ces trois cas la liste des décès avec l'âge des sujets, la cause et la date de la mort, et nous voyons que :

OBSERVATIONS.	AGES.	ÉPOQUE DE LA MORT.	CAUSE DE LA MORT
Observ. XI.	11 ans.	16 janvier.	Broncho-pneumonie.
Observ. XII.	9 ans.	5 janvier.	Syncope.
Observ. XIII.	9 ans.	10 janvier.	Broncho-pneumonie.
Observ. XIV.	7 ans.	4 janvier.	Congestions viscérales multiples.
Observ. XV.			
Observ. XVI.	10 ans.	16 janvier.	Broncho-pneumonie tardive.
Observ. XVII.	10 ans	27 janvier.	Gangrène pulmonaire.

Bien que le nombre de nos cas soit trop restreint pour qu'il soit possible d'établir une statistique d'une valeur pratique, nous croyons que notre chiffre de mortalité de $\frac{7}{17}$ est à peu de chose près le même que celui de l'épidémie de 1851 où il était de $\frac{3 \text{ ou } 4}{8}$. Si nous faisons abstraction des cinq cas où la rougeole est restée franchement bénigne pour n'envisager que ceux où sont survenues des complications véritables, nous voyons que la mortalité de ces cas graves a été de $\frac{7}{12}$. Rapprochons maintenant cette proportion de celle qu'indiquent Rilliet et Barthez comme étant la moyenne pour les cas graves chez les enfants ordinaires, chiffre qui est de $\frac{11}{20}$, forme normale primitive compliquée, et nous sommes en droit de conclure que les résultats de cette épidémie n'ont pas été aussi fâcheux qu'on eût pu le présumer tout d'abord.

Nous reconnaîtrons, pour terminer, avec M. Delasiauve, que l'état névropathique et la débilitation physique inhérents à l'idiotie ne sont pas sans avoir un

grand retentissement sur l'évolution des affections fébriles intermittentes ; mais nous pensons que notre maître se méprend sur le mode d'action véritable de cette influence nocive, lorsqu'il veut réfuter cette opinion des anciens auteurs, « que les idiots et les aliénés supportent mieux que les autres malades, les affections fébriles intermittentes » et qu'il s'appuie sur l'opinion de Georget, Esquirol, Ferrus, Thore, pour déclarer que « par suite de l'imperfection cérébrale, la réaction nerveuse déjà diminuée et à peine suffisante pour l'entretien de la vie, manque de la résistance à l'état pathologique. »

Selon nous, c'est dans la fréquence des complications nerveuses dans le cours de la rougeole, qu'il faut chercher le résultat de l'action funeste de l'état d'idiotie, jointe à l'action de *l'encombrement*. Pour ce qui est de la résistance totale de l'organisme des idiots à toute affection fébrile accidentelle, nous sommes en mesure de l'envisager comme considérable, et en quelque sorte paradoxale, si l'on n'a en vue que l'habitus extérieur ordinairement très chétif de ces malades. L'absence absolue de toutes complications à distance, dans nos divers cas de rougeoles guéris, telle que la tuberculose par exemple, si fréquente chez les enfants ordinaires ; d'autre part, les guérisons inespérées que nous avons pu constater dans des cas de bronchopneumonie généralisée et de longue durée, tant à l'occasion qu'en dehors de la rougeole, nous fournissent des raisons assez sérieuses à l'appui de cette opinion.

TABLE DES MATIÈRES

Première partie.

Deuxième partie.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I.

Méningo-encéphalite chronique généralisée.

Séparation de la substance grise de la substance blanche sur toute la face convexe de l'hémisphère droit, excepté sur le lobe temporo-sphénoïdal, au niveau duquel il n'existait que des adhérences partielles.



Leuba lith

Imp. Becquet. Paris.





MICROCÉPHALIE

Planche II.

Microcéphalie.

Les figures de cette planche représentent le malade Chér... (Obs. I, p. 23).

Planche III.

Microcéphalie. Face convexe de l'hémisphère gauche.

F^1, F^2, F^3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.

Fa, frontale descendante.

Pa, pariétale ascendante.

P^1, P^2, lobules pariétaux, supérieur et inférieur.

P^3, pli courbe.

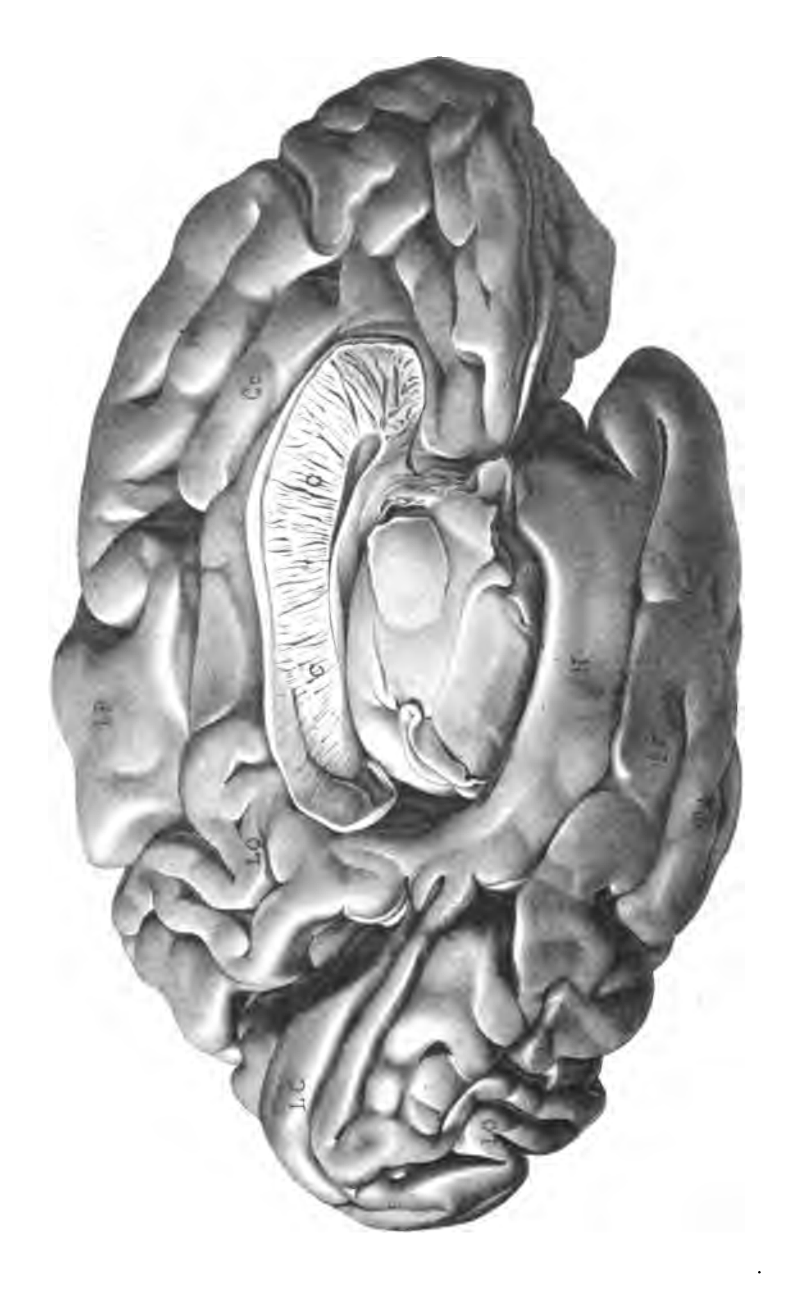
T^1, T^2, T^3, circonvolutions temporales.

L O, lobe occipital.

Pl. III.



Leuba lith. Imp. Becquet Paris



A. Leuba lith

Imp. Becquet, P

PLANCHE IV.

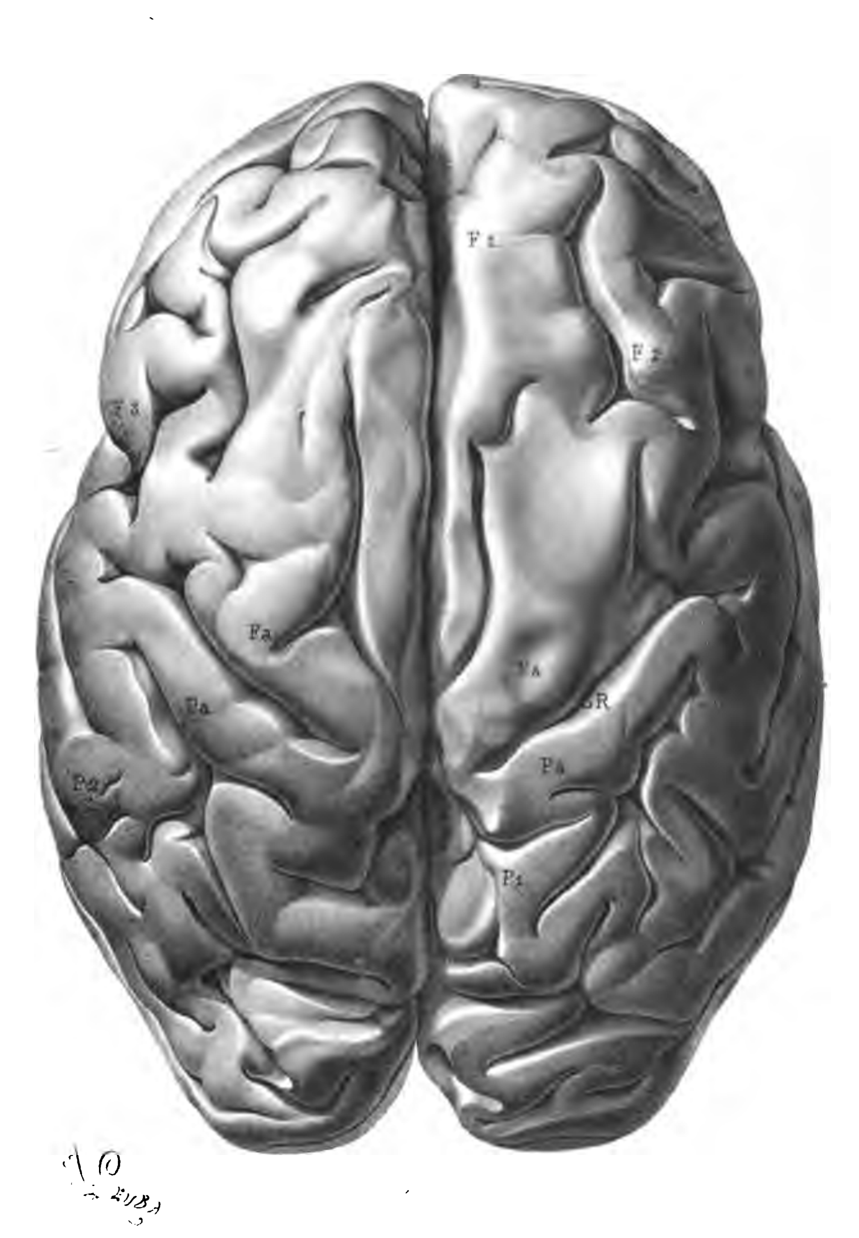
Microcéphalie. Face interne de l'hémisphère gauche.

C, C, corps calleux.
C *c*, circonvolution du corps calleux.
F^1, première circonvolution frontale.
H, circonvolution de l'hippocampe.
L P, lobule paracentral.
L Q, lobe carré.
L C, coin.
L O, lobe occipital.
T^4, T^5, quatrième et cinquième circonvolutions temporales.

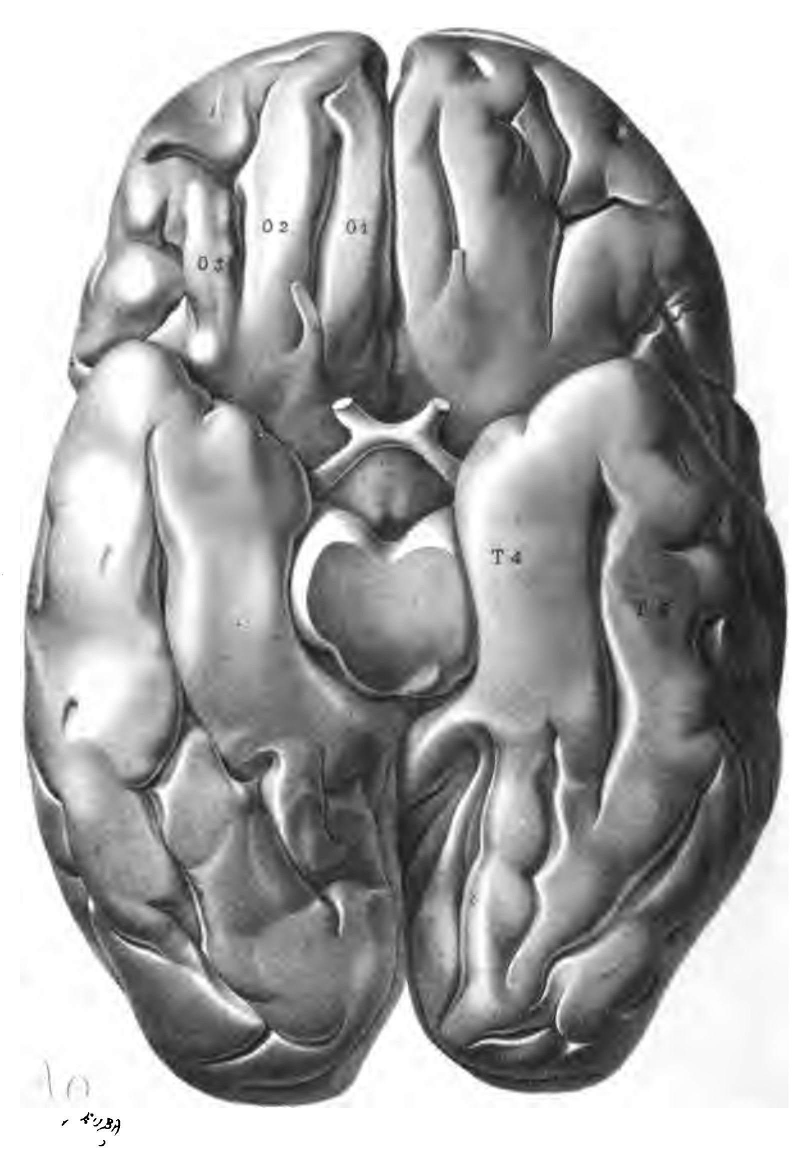
Planche V.

Microcéphalie. Idiotie.

Cette planche représente la face convexe des hémisphères cérébraux du malade Edern (Obs. II, p. 36).



Imp. Becquet fr. Paris.



Imp. Becquet fr. Paris.

PLANCHE VI.

Microcéphalie. Idiotie.

Cette planche représente la base du cerveau du malade Edern (OBS. II, p. 36).

PLANCHE VII.

Lésion du lobule de l'insula

L I, foyer ancien ayant détruit le lobule de l'insula.

F^3, partie atrophiée de la troisième circonvolution frontale.

Fa, circonvolution frontale ascendante dont la partie inférieure est atrophiée.

Pa, circonvolution pariétale ascendante dont l'extrémité inférieure est atrophiée.

T^1, lésion de la première circonvolution temporo-sphénoïdale.

T^2, deuxième circonvolution temporale dont l'extrémité postérieure est lésée.

P^2, lobule du pli courbe.

L O, lobe orbitaire (face inférieure du lobe frontal).

M, membrane résultant : 1° des replis de la pie-mère qui enveloppaient entre autres la première circonvolution temporale et le lobule pariétal inférieur; 2° des débris de ces mêmes circonvolutions.

PL. VII.



TRAVAUX PUBLIÉS EN 1881

Thèses.

COULBAULT (G.). **Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.** Brochure in-8° de 65 pages. Paris, 1881. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 35

HUBLÉ (Martial). **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie.** Un volume in 8° de 192 pages. Prix : 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr.

MORLOT (E.) **Sur une forme grave de l'épilepsie.** Brochure in-8 de 45 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . 1 fr.

RIDEL SAILLARD (G.). **De la cachexie pachydermique** (myxœdème des auteurs anglais). In-8° de 74 pages avec deux figures photographiques hors texte. Paris, 1881. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . 1 fr. 35

BOURNEVILLE **Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux.** Premier fascicule : Hémorrhagie et ramollissement du cerveau. Paris, 1872. In-8 de 168 pages avec 22 fig. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Deuxième fascicule : Urémie et éclampsie puerpérale ; épilepsie et hystérie. Paris, 1873. In-8 de 160 p, avec 14 fig. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50.

BOURNEVILLE. **Le choléra à l'hôpital Cochin.** (Étude clinique). Paris. 1865. Brochure de 48 pages. — Prix : 1 fr.— Pour nos abonnés. . 70 c.

BOURNEVILLE. **Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots,** suivi d'une étude sur la médecine légale des aliénés. Paris, 1863. Gr. in-8 de 28 p. à deux colonnes.— Prix : 1 fr.— Pour nos abonnés, 70 c.

BOURNEVILLE. **Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.** Vol. in-8 compacte de 80 pages, avec 10 tracés en chromo-lithographie.— Prix : 3 fr. - Pour nos abonnés. . . . 2 fr.

BOURNEVILLE. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie.** Vol. in-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte et 3 planches.-- Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 75.

BOURNEVILLE. **Science et miracle : Louise Lateau ou la Stigmatisée belge.** Vol. in-8 de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau forte dessinées par P. Richer. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50

BOURNEVILLE. **Écoles municipales des infirmières laïques; laïcisation de l'Assistance publique.** (Discours prononcés en 1880, 1881, 1882). Trois brochures in-8°. — Prix de chacune de ces brochures : 50 c.— Pour nos abonnés . . . . 30 c.

PARIS. — IMPRIMERIE V. GOUPY ET JOURDAN, 71, RUE DE RENNES.

